

Sosiaali- ja
terveyskertomus 2006



ISSN 1236-2050

ISBN 952-00-1996-0 (nid.)

ISBN 952-00-1997-9 (PDF)

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Paino: Yliopistopaino, Helsinki 2006

TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveystietokirja 2006. Helsinki 2006. 320 s.

(Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050, 2006:4)

ISBN 952-00-1996-0 (nid.), ISBN 952-00-1997-9 (PDF)

Sosiaali- ja terveystietokirja kuvaa Suomen kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin nykyistä tilaa ja sen säilyttämiseksi ja kohentamiseksi tehtyjä toimia. Tietokirja julkaistaan joka neljäs vuosi. Se annetaan eduskunnalle hallituksen tietokirjan liitteenä.

Väestörakenteen kehitys, maan sisäinen muuttoliike, talouskasvu, työllisyys ja työn luonteen muuttuminen sekä EU-jäsenyydestä johtuvat erityispiirteet ovat sosiaali- ja terveyspolitiikkaan keskeisesti vaikuttavia tekijöitä.

Suomalaisten toimintakyky ja terveydentila ovat kohentuneet. Myös työolot ovat parantuneet, ja eläkkeelle siirrytään nyt hiukan iäkkäämpänä kuin ennen. Myönteisen kehityksen suurimpia vaaroja on terveyttä uhkaavien elintapojen ja sairauksien leviäminen: lihavuus on yleistynyt, alkoholinkäyttö kasvanut ja allergiat ja diabetes ovat lisääntyneet. Sosiaalinen hyvinvointi on parantunut keskimääräisen tulotason noustessa, mutta samalla tuloerot ovat kasvaneet. Tulonsiirtojärjestelmä kuitenkin tasaa tuloeroja edelleen tehokkaasti, ja pienituloisten määrä on Suomessa kansainvälisesti verrattuna vähäinen. Pitkäaikaistyöttömyys, asunnottoisuus ja päihteiden käyttö ovat edelleen hyvinvoinnin haasteina. Lisäksi lastensuojelun kasvava tarve sekä sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön saanti antavat aiheutta huoleen. Sosiaalimenot ovat kehittyneet maltillisesti ja ne ovat keskimääräistä EU-tasoa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen eri sektorien toiminnan ja kehityksen lisäksi tietokirjassa kuvataan, mitä ongelmien ehkäisemiseksi on tehty. Sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeisten strategisten tavoitteiden saavuttamista on edistetty monin erityisohjelmin, joista Kansallinen terveydenhuollon hanke, Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, ja Sosiaalialan kehittämishanke ovat keskeisimpiä. Tietokirjassa esitellään ohjelmien nykyvaihe ja kehitysnäkymät.

Väestön terveyteen ja hyvinvointiin vaikutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalan ohella monien muiden hallinnonalojen päätöksin ja toimenpitein. Kertomuksessa kuvataan niistä keskeisimmät. Siitä esimerkkinä kuvataan, miten sydänterveyttä edistetään lukuisten sektorien yhteistoimin. Kertomuksen lopussa luodaan katsaus sosiaali- ja terveystoimen tärkeimpiin tuleviin haasteisiin, joista painotetaan erityisesti väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamista ja syrjäytymisen ehkäisyä. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin tulevan kehityksen kannalta on ratkaisevaa, että vähemmän koulutetun ja sosiaalisesti riskialttiin väestön suhteellista asemaa onnistutaan kohentamaan.

Asiasanat:

hyvinvointi, kansanterveys, sosiaalipalvelut, sosiaalipolitiikka, sosiaaliturva, terveyspalvelut, terveystalitiikka

YHTEENVETO

Toimintaympäristö muuttuu

Suomen väestörakenne on muuttunut jo pitkään. Väestö ikääntyy ja on odotettavissa, että väestömäärä kääntyy laskuun 2020-luvun lopulla. Työmarkkinoilta poistuu jo nykyisin enemmän ihmisiä kuin niille tulee. Eläkeläisten määrän suureneminen ei ole pelkästään rasite, vaan entistä terveempinä eläkeläiset voivat hyödyttää yhteiskuntaa monin tavoin.

Väestö siirtyy enenevästi kasvukeskuksiin. Muutto-liike koskee erityisesti nuoria, jotka suurimmaksi osaksi hakeutuvat kasvukeskuksiin opiskelemaan ja jäävät joko opiskelupaikkakunnalle tai sen välittömään läheisyyteen opintojen päätyttyä. Toisaalta nuoret perustaessaan perhettä siirtävät kasvukeskusten kehyskuntiin.

Työelämä muuttuu nopeasti. Tietotekniikan käyttö lisääntyy ja tiimit, verkostot sekä projektit ovat yhä useammin työtapoina. Päätyöt ovat lisääntyneet. Kiristyvät tuottovaatimukset edellyttävät voimavarojen mahdollisimman tehokasta käyttöä. Myös julkinen sektori on uudistanut palkkausjärjestelmiään tavoitteena parantaa työn tuottavuutta ja laatua.

Euroopan unionin vaikutus kansalliseen terveyspolitiikkaan on laajentunut lainsäädännön ja oikeuskäytännön takia. EU:n laajat strategiat, erityisesti Lissabonin strategia, koskevat lisääntyvästi myös terveyttä. Tehtävien jakoa EU:n ja jäsenmaiden kesken terveyspolitiikassa pyrittiin selventämään uudessa perustuslaillisessa sopimuksessa, joka kuitenkin hylättiin Ranskan ja Hollannin kansanäänestyksissä. Kansanterveysperusteinen tupakkaa koskeva sisämarkkinasääntely on vahvistunut. Tartuntatautien ja muiden vakavien

**Lisääntyvä
vanhusväestö
on myös
uudenlainen
voimavara**

**Kaupungistumi-
nen jatkuu**

**Työelämä on
entistä haasteel-
lisempaa**

**EU:n vaikutus
kansalliseen
terveyspolitiik-
kaan lisääntyy**

terveysriskien torjuntaan perustettiin Tartuntatautivirasto. Euroopan yhteisöjen tuomioistuin on tähdentänyt neljän perusvapauden periaatteita ratkaisuisaan, jotka koskevat toisesta jäsenvaltioista hankittujen terveyspalvelujen korvaamista. EY-tuomioistuimen ratkaisut ovat johtaneet lainsäädännön muutoksiin myös Suomessa. Osana EU:n sisämarkkinapolitiikkaa myös hankintojen sääntely heijastuu terveys- ja sosiaalipalveluihin.

Sosiaaliturvan koordinaatioasetusta uudistettiin. Suomen kotihoidon tukijärjestelmän ja elatustuen maksuperusteet muuttuivat koordinaatioasetuksen mukaisiksi: Kotihoidon tukea ja elatustukea maksetaan nyt myös toisessa EU- tai ETA-valtiossa asuville henkilöille. EU:ssa poliittinen yhteistyö sosiaalipolitiikassa jatkui ja se on siirtynyt uusien toimintamallien kehittämisestä ja levittämisestä niiden käyttöönoton tehostamiseen. Työllisyys ja taloudellinen kasvu nostettiin uudistetun Lissabonin strategian keskipisteiksi.

Ensimmäinen tasa-arvodirektiivi, joka koskee sukupuolten yhdenvertaista kohtelua työelämän ulkopuolella, tuli voimaan. Euroopan parlamentti hyväksyi Euroopan tasa-arvoinstituutin perustamisen. EU:n viidennellä sukupuolten yhdenvertaisia mahdollisuuksia koskevalla toimintaohjelmalla tuettiin sukupuolten tasa-arvoa koskevia hankkeita. Naisten aseman kohentamista koskevaa ns. Pekingin toimintaohjelmaa seurattiin ja kehitettiin.

Kuntien tuottamien terveys- ja sosiaalipalvelujen rinnalle ovat tulleet yksityiset, järjestöjen tuottamat tai yritystoimintaan perustuvat palvelut. Yksityisiä palveluita on sosiaalipalveluista noin neljännes ja terveyspalveluista vajaa viidennes. Järjestöjen palvelut ovat täydentäneet kuntien palveluja pienille kohderyhmille, vaadittaessa erityisosaamista sekä alueilla, joilla ei ole syntynyt yritysmäistä palvelutuotantoa. Järjestöt

EU:n jäsenmaiden poliittinen yhteistyö sosiaalipolitiikassa tiivistyy

Sukupuolten tasa-arvoa edistävät toimenpiteet lisääntyivät myös EU:ssa

Järjestöjen ja yritysten tuottamat palvelut täydentävät kuntien palvelutuotantoa

tuottavat valtaosan yksityisistä sosiaalipalveluista, yritykset terveystalouksista. Yritysten osuus tuotannossa lisääntyy sen myötä, että järjestöt joutuvat osallistumaan palvelujen kilpailutukseen aiemman, järjestöjen ja kuntien kumppanuuteen perustuneen yhteistyön asemesta. Palveluntuottajien lisääntyminen edellyttää valvonnan tehostamista.

Kunta- ja palvelurakenteen uudistamisesta haetaan kestäviä ratkaisuja palvelutuotannon kestävä pohjan varmistamiseen. Tavoitteena on, että nykyisin kuntien vastuulla olevat palvelut saavat riittävän vahvan rakenteellisen ja taloudellisen perustan ja että palvelujen tuottamisessa ja järjestämisessä on otettu laatu, vaikuttavuus, saavutettavuus ja tehokkuus sekä tekniikan kehittäminen huomioon. Samalla arvioidaan palvelujen ohjaus- ja kehittämisjärjestelmiä ja tutkimusta. Tulevista linjauksista on tarkoitus päättää kesällä 2006.

Kunta- ja palvelurakenteen uudistus suunnitteilla

Sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden kehityssuunnat

Väestön terveydentila on jatkuvasti kohentunut. Suomalaisten elinajanodote kasvaa jatkuvasti. Lisääntyneet elinvuodet ovat pääsääntöisesti terveitä elinvuosia. Miesten ja naisten elinajanodotteen ero on pienentynyt, mutta sosiaaliryhmien väliset erot ovat lisääntyneet. Vanhusten koettu terveys kohentuu jatkuvasti ja ainakin alle 80-vuotiaiden toimintakyky on myös objektiivisesti kohentunut.

Väestön terveys kohenee, mutta väestöryhmien väliset terveys-erot kasvavat

Verenkiertoelinsairauksista ja tietyistä syöpätaudeista, erityisesti miesten keuhkosyövästä aiheutuva kuolleisuus on vähentynyt työikäisillä, mutta alkoholinkäyttöön liittyvät kuolinsyyt ovat lisääntyneet. Mielenterveyshäiriöt eivät ole lisääntyneet, mutta ne ovat nykyisin muiden syiden, etenkin verenkiertoelinsairauksien, vähennyttyä työkyvyttömyyseläkkeiden tärkein syy. Neljäsosa suomalaisten sairaustaakasta

Kansantaudit muuttuvat

ja sairauspäivistä johtuu mielenterveyden häiriöistä. Dementiaa sairastavien määrä on lisääntynyt.

Myös suun terveys on parantunut. Karies ja ham-
paattomuus ovat vähentyneet. Suun terveyden haas-
teena ovat kiinnityskudossairaudet, jotka ovat yleisiä
jo keski-ikäisillä. Väestöryhmien väliset erot ovat
suuria myös suun terveydessä. Lasten ja nuorten suun
terveydentilan 1990-luvulle asti jatkunut myönteinen
kehitys on pysähtynyt muuttuneiden elintapojen ja
huonon omahoidon takia.

Terveyttä vaarantavat erityisesti väestön lihominen
ja siitä seuraava tyypin 2 diabeteksen lisääntyminen,
tupakointi ja päihteet. Samat tekijät vaikuttavat myös
tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien lisääntymiseen,
päihteet tapaturmien kautta. Verenkiertoelinsairauksien
vaaratekijöiden suotuisa kehitys on pysähtynyt. Astma
ja allergiat ovat lisääntymässä. Lisääntyvä päihteiden
käyttö tulee todennäköisesti lisäämään mielenterveys-
ja sosiaalisia ongelmia. SARS ja influenssapandemian
uhka ovat osoittaneet, että tarttuvia tauteja ei ole voi-
tettu, kuten viime vuosikymmenet on uskottu.

Tuloerojen kasvu taittui 2000-luvulle tultaessa, mut-
ta tuloerot kasvoivat jälleen vuonna 2003. Tulonsiirto-
järjestelmän tuloeroja tasaava vaikutus on pienentynyt.
Pienituloisten määrä kasvoi voimakkaasti 1990-luvun
lopulla, mutta kasvu taittui 2000-luvulle tultaessa.

Työllisyyden myönteinen kehitys on jatkunut edel-
leen. Työllisyysaste on kohonnut, joskin se on edelleen
noin seitsemän prosenttiyksikköä alempi kuin vuonna
1990. Työpaikat ovat lisääntyneet koko maassa lukuun
ottamatta Lapin läänin. Työllisyystilanne parani eniten
rakentamisessa ja sosiaalipalveluissa. Uusista työpai-
koista valtaosa oli kuitenkin tilapäisiä ja osa-aikaisia.
Työttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys vähenevät edel-
leen, mutta selvästi hitaammin kuin aikaisemmin.

**Lasten ja
nuorten suun
terveys
ei kohene**

**Liikapaino,
vähäinen liikun-
ta, tupakointi
ja päihteiden
käyttö vaaran-
tavat väestön
terveyttä**

**Tuloerojen
tasaantuminen
laantui — pieni-
tuloisten määrän
kasvu hidastui**

**Työllisyystilanne
koheni, asunnot-
tomuus väheni...**

Huolimatta siitä, että Suomi on maailman turvallisimpia maita, väestön turvattomuus on lisääntynyt. Vaikka pelko joutua väkivaltarikoksen kohteeksi on vähentynyt, on ihmisten väkivaltaan varautuminen kuitenkin lisääntynyt merkittävästi. Poliisin tietoon tulleen perheväkivaltarikosten määrä, lasten seksuaalisen hyväksikäytön epäilyt ja hyväksikäyttö ovat lisääntyneet. Perheen heikko taloudellinen tilanne heikentää lapsen fyysistä ja psyykkistä terveyttä, koulumenestystä ja vanhemmilta saatua huolenpitoa. Yksinasuminen lisää ikääntyneiden yksinäisyyttä, turvattomuuden kokemista ja palvelujen tarvetta.

**...mutta
turvattomuus
lisääntyi**

Asunnottomuutta on kyetty vähentämään, mutta vaikeammin asutettavien henkilöiden asunnottomuus-tilanne on heikentynyt. Moniongelmaisille (päihde- ja mielenterveysongelmaiset) asunnottomille tarkoitettuja erityispalveluja on riittämättömästi.

**Asunnottomuus
on vähentynyt**

Alkoholin tuontirajoitukset poistettiin EU:n liittymissopimuksen mukaisesti vuonna 2004, mitä ennakoitiin alentamalla alkoholiveroa keskimäärin 33 prosenttia. Seurauksena alkoholin kulutus kasvoi 10,3 litraan 100-prosenttista alkoholia asukasta kohti. Seurauksena on ollut sekä sosiaalisten että terveydellisten haittojen lisääntyminen. Huumeiden käyttö sen sijaan on taitumassa.

**Alkoholin käyttö
ja sen aiheut-
tavat haitat
lisääntyivät**

Sosiaali- ja terveydenhuolto

OECD:n arvion mukaan julkisen terveydenhuollon palvelujärjestelmän kustannukset, 7,4 prosenttia bruttokansantuotteesta, ovat hyvin hallinnassa. Terveyspalvelujen laatu on hyvä, ehkäisevää terveydenhoitoa on painotettu ja henkilöstö on osaavaa. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen toimet ovat OECD:n mukaan hyviä, mutta eivät riittäviä. OECD kannustaa Suomea

**OECD: Palve-
lujärjestelmä
on hyvä ja sen
kehittäminen
oikeansuun-
taista, mutta ei
riittävää**

uudistamaan terveydenhuoltojärjestelmän rakenteita kestäväen rahoituksen ja voimavarojen tehokkaan käytön varmistamiseksi ja moittii epätasa-arvoisesta hoitoon pääsystä.

Terveyden edistämistä on ohjannut Terveys 2015 -kansanterveysohjelma sekä 1990-luvun terveyden edistämistä koskevan WHO:n arvioinnin suositukset. Uudistettu kansanterveyslaki ohjaa kuntia ottamaan terveys ja sen edistäminen huomioon kaikilla toimintaloilla myös kunnassa. Kansanterveyslakiin lisättiin asetuksenantomahdollisuus joissakin ehkäisevän terveydenhuollon kysymyksissä.

Laajimmat terveyden edistämiseen liittyvät hankkeet ovat koskeneet alkoholin ongelmakäyttöön puuttumista terveystalvelujen yhteydessä sekä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä. Rokotusohjelma uudistettiin ja käynnistettiin varautuminen maailmanlaajuiseen influenssapandemiaan. Kansanterveyslaitokseen perustettiin yksikkö tehostamaan koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyä.

Hoitotakuu on terveydenhuollon merkittävin uudistus. Lainsäädäntöön kirjattiin enimmäisajat, joiden kuluessa hoitoon pääsy pitää järjestää. Terveyskeskusten on tarjottava väestölle mahdollisuus saada puhelinyhteys ja ammattihenkilön arvio hoidon tarpeesta kolmen työpäivän kuluessa. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähteen saapumisesta ja tarpeelliseksi todettu hoidot pitää järjestää viimeistään kuudessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Hoitoon pääsyn turvaamiseksi on laadittu yhtenäiset kiireettömän hoidon kriteerit. Ensimmäiset seurantatulokset erikoissairaanhoitoon pääsystä ovat myönteiset.

Terveyden edistäminen osaksi kunnan toimintaa kaikilla sektoreilla

Rokotusohjelma uudistettiin

Hoitotakuu tuli voimaan

Perusterveydenhuoltoa on pyritty eri tavoin järjestämään aiempaa suuremmalle väestöpohjalle. Vaikeus saada lääkäreitä ja hammaslääkäreitä perusterveydenhuoltoon haittaa palvelujen joustavaa tuottamista. Tilannetta on pyritty kohentamaan kehittämällä sairaanhoitajien toimenkuvaa aiempaa laajemmaksi ja itsenäisemmäksi. Myös puhelinneuvontaa on lisätty. Lääkärin vastaanotolle pääsyssä on silti edelleen suuria alueellisia eroja. Äitiys- ja lastenneuvoloissa tehtävien määräaikaistarkastusten ja kouluterveydenhuollossa tehtävien terveystarkastusten sisällöt ja määrät vaihtelevat. Alueellisia eroja kuntien toimintamenetelmissä ja toiminnan sisällöissä ja määrässä on pyritty kaventamaan lastenneuvoloita koskevalla suosituksella ja kouluterveydenhuoltoa koskevalla laatusuosituksella.

Erikoissairaanhoidon osuus kunnallisen terveydenhuollon menoista on pysynyt noin kolmanneksena. Erikoissairaanhoitoa kehitetään lisääntyvästi avohoidon suuntaan. Työikäisten palvelujen osuus erikoissairaanhoidon menoista on yli puolet, eläke-ikäisten hoitoon käytetään noin kolmannes. Erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin jonottavien määrä on laskenut hoitotakuun myötä nopeasti.

Mielenterveyspalvelujen avohoitokäyntien kysyntä on kasvanut jatkuvasti. Lastenpsykiatrinen laitoshoido on lisääntynyt, mikä saattaa osittain johtua valtiontuen suurenemisesta. Palvelujen saatavuudessa on alueellisia eroja ja avohoidon henkilöstöpula vaikeuttaa palvelujen tuottamista. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ovat yleensä yksityisten tuottamia, mikä lisää viranomaisvalvonnan tärkeyttä. Lasten mielenterveyden edistämiseen tuotettiin uusia työvälineitä.

Perusterveydenhuollon toimintatapoja kehitetään lukuisissa hankkeissa

Erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin pääsy nopeutui

Mielenterveyspalvelujen tarve lisääntyy — uusia työvälineitä lasten mielenterveyden edistämiseen

Koko väestö on ikärajojen poistamisella saatettu julkisen ja sairausvakuutuksesta korvattavan hammashoidon piiriin. Hammashoidossa kävi jonkin verran suurempi osa kuin aikaisemmin ja muutos koski erityisesti niitä ikäryhmiä, jotka eivät aiemmin olleet hinnaltaan alennettujen palvelujen piirissä. Käynnit lisääntyivät erityisesti ryhmässä, joiden edellisestä käynnistä hammaslääkärissä oli kulunut vähintään kaksi vuotta. Suun terveydenhuoltoa on kehitetty ammattiryhmien tehtäväjakoja muuttamalla.

Julkisesti tuettu suun terveydenhuolto kattaa nyt koko väestön

Työterveyshuolto kattaa arvoilta 1,9 miljoonaa työntekijää, noin 92 prosenttia kaikista palkansaajista. Eritoten työkykyä ylläpitävää toimintaa on lisätty. Työterveyshuollossa hoidetaan noin kolmannes työsikäyviin avosairaanhoidosta.

Työterveys- huollon kattavuus parani

Työikäisten kuntoutuksessa on pyritty edistämään työelämässä pysymistä tai tukemaan työelämään paluuta. Eläkeuudistukseen liittyvä ammatillisen kuntoutuksen uudistus tuli voimaan vuoden 2004 alusta. Työeläkelaitosten osuus ammatillisesta kuntoutuksesta on kasvanut. Toimenpiteiden ja parantuneen työllisyystilanteen ansiosta on vanhempien ikäluokkien työllisyysaste kohentunut. Pitkäaikaistyöttömiä pyritään aktivoimaan työvoiman palvelukeskuksissa. Kansaneläkelaitoksen osuus kaikista kuntoutuspalveluista on kasvanut. Erikoissairaanhoidon kuntoutustoimintaa ja varsinkin apuvälinepalveluita on kehitetty osana kansallista terveydenhuollon hanketta.

Kuntoutus- palvelut tukevat työelämässä pysymistä ja siihen palautumista

Ikääntyneiden palvelut eivät ole kaikin osin kehittyneet valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti: kotipalvelua saavat yhä harvemmat ja kuntien erot palvelutarjonnassa ovat suuria. Palvelurakenne on kuitenkin muuttunut 1990-luvun uudistuksen tavoitteiden mukaan avohoitoa suosivaksi: omaishoitoa saavien määrä on kasvanut ja pitkäaikaista laitoshoidon korvattu tehostetulla palveluasumisella.

Ikääntyneiden laitospalvelujen osuus vähentynyt — avopalveluissa haasteita

Kotipalvelussa otettiin käyttöön palveluseteli ja kotipalvelujen yhteiseksi peittotavoitteeksi asetettiin 25 prosenttia 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Omaishoitajan asemaa parannettiin asiakasmaksulain muutoksilla ja hoitopalkkioiden indeksisuojan korotuksella. Vuoden 2006 alussa aloitettiin laitoshoidon kehittämishanke ja maaliskuussa 2006 tuli voimaan laki 80 vuotta täyttäneiden ja Kelan eläkkeensaa- jien hoitotukea saavien oikeudesta palvelutarpeen arviointiin.

Sosiaalipalvelujen kysyntä on kasvanut, samoin tarve tiivistää yhteistyötä sosiaali-, terveys-, asunto-, työ- ja opetustoimen sekä perheiden ja yksityisen sektorin kanssa. Alkoholin, huumeiden ja päihteiden sekakäyttö on yleistynyt, perheneuvoloiden asiakasmäärät ovat karttuneet, kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on kasvanut ja lasten psyykkiset kehityshäiriöt ovat lisääntyneet huomattavasti. Samaan aikaan alueelliset erot sosiaalipalvelujen järjestämisessä ovat kasvaneet.

Lasten päivähoido on keskittynyt aiempaa enemmän päiväkoteihin, perhepäivähoito on vähentynyt noin kolmanneksen. Iltaisin, öisin ja viikonloppuisin tarjottavassa lasten päivähoidossa ja erityistä tukea tarvitsevien lasten päivähoidon saannissa on edelleen alueellisia eroja. Esiopetus toteutetaan pääosin päivähoidossa, mutta ryhmiä on myös kouluissa. Useissa kunnissa esiopetus järjestetään hallintokun- tien yhteistyönä.

Palvelurakenteen, asiakkaiden ja toimintaympäris- tön muutokset ovat lisänneet tarvetta kehittää sosiaali- työn koulutusta ja parantaa toimintatapoja vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita. Sosiaalityön asiakkaan oikeudesta päästä palvelutarpeen arviointiin alettiin valmistella säännöstä. Sosiaalipalvelun haasteisiin on vastattu ehkäisevillä, vahvistavilla, vaikuttavilla

**Oikeus palvelu-
tarpeen arvioin-
tiin voimaan
vuonna 2006**

**Sosiaalihuollon
toimintatapo-
ja kehitetään
ehkäiseviksi,
vahvistaviksi ja
kumppanuuteen
perustuviksi**

**Päiväkotipaik-
koja kaikille
tarvitseville,
ilta-, yö- ja
viikonloppu-
hoidossa eroja
kuntien välillä**

**Sosiaalityön
asiakkaan
oikeutta päästä
palvelutarpeen
arviointiin
vahvistetaan
säännöksin**

ja kumppanuuteen perustuvilla kehittämishankkeilla. Sosiaalipäivystyksen järjestäminen kunnissa etenee myönteisesti.

Uusia lapsi- ja perhekeskeisiä työmenetelmiä on kehitetty aktiivisesti. Varhaisen puuttumisen työmenetelmät ovat vakiintuneet osaksi perustyötä ja saavuttaneet eri ammattiryhmien suosion. Läheisneuvonpidolla on vahvistettu lastensuojelun asiakkaan ja hänen lähipiirinsä asemaa oman asiansa ratkaisemisessa. Perkehankkeessa pyritään uudistamaan neuvolan, päivähoidon ja koulun yhteistyötä ja luomaan toimijoiden kumppanuuteen perustuvia perhekeskuksia.

Lapsiasiavaltuutettu aloitti toimintansa. Lapsiasiavaltuutetun tehtävänä on parantaa lapsen äänen kuulumista yhteiskunnassa muun muassa seuraamalla lasten ja nuorten elinoloja ja heidän oikeuksiensa toteutumista ja raportoimalla siitä valtioneuvostolle vuosittain.

Sosiaalimenot kasvoivat maltillisesti. Sosiaalimenoja kasvattivat erityisesti eläke- ja terveydenhuoltomenot. Eläkemenoista kasvoivat eniten vanhuuseläkemenot ja terveydenhuollon menoista lääkemenot ja hammashuollon menot. Hammashuollon menoja kasvatti hammashuollon kattavuuden laajentuminen koko väestöä koskevaksi. Lääkemenoja lisäsivät muun muassa kotihoitoon panostaminen, Terveyspalvelujen hoitotakuun voimaan tulo ja lääkehoidon kehittyminen. Sosiaalimenojen rahoitusosuudet pysyivät lähes ennallaan, mutta vuodesta 2005 alkaen käyttöön otettu korotettu työeläkemaksu nosti työnantajien ja vakuutettujen rahoitusosuuksia. Valtion kunnille maksama sosiaali- ja terveystalvelujen valtionosuusprosentti on noussut vuodesta 2001 lähtien vuosittain. Valtion kunnille maksamia valtionosuuksia ovat nostaneet myös kehittämishankkeisiin myönnetty valtionavustukset.

**Varhaisen
puuttumisen
työmenetelmät
vakiintuneet
osaksi perus-
työtä**

**Lapsiasiaval-
tuutettu lapsen
asialle**

**Sosiaalimenojen
kasvua hillitään
uusilla rahoitusjärjestelyillä
ja sosiaali- ja
terveydenhuoltoa koskevilla
kehittämishankkeilla**

Kunnallistalouden rahoitustilanne jatkui edelleen kireänä, mutta tilanteen ennakoidaan paranevan selvästi vuosina 2007–2009. Sosiaalimenojen rahoitusrakennetta uudistetaan vuoden 2006 aikana. Sairausvakuutus jaetaan työtulovakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen. Uudistuksella selkeytetään Kelan rahoitusta ja lisätään Kelan vakuutusmaksutuloja.

Kunnallisella sektorilla toimivan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrä on kasvanut 2000-luvulla 8 700 henkeä. Uudesta henkilöstöstä vain noin yksi neljästä on tullut pysyvään palvelusuhteeseen. Henkilöstöstä enemmistö toimii terveydenhuollossa. Terveydenhuollossa henkilöstö painottuu erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollossa lasten päivähoidon ja palvelutaloihin ja -asuntoihin. Kunnallisessa terveydenhuollossa lääkärivaje on pysynyt 2000-luvulla lähes entisellään. Lääkärivaje on perusterveydenhuollossa suurempi kuin erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskusten hammaslääkärivaje on sen sijaan kasvanut jatkuvasti. Hoitohenkilöstön (sairaanhoitajien ja perus- ja lähihoitajien) vajeet ovat huomattavasti pienemmät. Sosiaalihuollossa on pulaa kelpoisuusvaatimukset täyttävistä sosiaalityöntekijöistä ja ruotsinkielisen päivähoidon henkilöstöstä. Sairaanhoitajien paluumuutto Suomeen on lisääntynyt, kun taas lääkäreiden muuttoliike ulkomaille jatkuu. Kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa vuonna 2003 toimivista arvioidaan 43 prosenttia siirtyvän eläkkeelle vuoteen 2020 mennessä. Eläkepoistumaan on pyritty varautumaan lisäämällä lääkärien, hammaslääkäreiden sekä sosiaali- ja terveysalan ammatillisen peruskoulutuksen ja ammatikorkeakoulutuksen aloituspaikkoja.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien määrä on lisääntynyt, mutta lääkäri-, hammaslääkäri- ja sosiaalityöntekijävaje on kasvanut

Henkilöstön eläkepoistumaan on varauduttu lisäämällä koulutusaloituspaikkoja

Eläkejärjestelmään tehdyillä muutoksilla on pyritty lisäämään työllisyyttä ja torjumaan köyhyyttä ja syrjäytymistä. Työeläkeuudistuksella eläkkeelle siirtymisikä muuttui joustavammaksi ja työssä jaksamista kannustetaan korotetulla eläkekartunnalla. Lisäksi uutena turvamuotona uudistukseen sisältyy valtion varoista maksettava eläkekorvaus alle 3-vuotiaan lapsen hoidon tai opiskelun ajalta. Köyhyyttä ja syrjäytymistä ehkäistiin lailla, joka antoi vuosina 1941–1947 syntyneille pitkäaikaistyöttömille mahdollisuuden päästä pysyvän toimeentulon piiriin ilman työnhakuvelvollisuutta, kansaneläkkeisiin tehtiin indeksikorotusten lisäksi seitsemän euron tasokorotus ja päätettiin vuodelle 2006 ajoittuvasta viiden euron korotuksesta. Työeläkejärjestelmään tehtiin palkkakerroin- ja indeksimuutokset. Sairausvakuutusjärjestelmään tehdyillä muutoksilla edistetään työn ja perhe-elämän yhteensovittamista ja torjutaan köyhyyttä: isät saivat mahdollisuuden käyttää yhtäjaksoisesti yhden kuukauden vanhempainrahakaudesta, vanhempainpäiväraha voidaan määrittää nyt edellisen vanhempainpäivärahan perusteena olevien tulojen mukaisesti ja työnantajille aiheutuvia sijaiskustannuksia vanhempainvapaiden aikana kompensoidaan korottamalla vuosilomakustannuskorvausta. Lisäksi sairaus- ja vanhempainpäivärahojen sekä kuntoutusrahan tasoa korotettiin ja ansioperusteisen päivärahan perusteena oleva tulo voidaan laskea jo kuukauden tulosta. Työttömyysturvaan tehdyillä muutoksilla pyritään nostamaan työllisyysastetta ja kannustamaan työntekoon. Muutos-turvalla edistetään irtisanotun työntekijän nopeaa työllistymistä ja työmarkkinatuen uudistuksella ehkäistään työttömyyden muuttuminen pitkäaikaiseksi. Muuhun toimeentuloturvaan tehdyillä muutoksilla on edistetty työn ja perhe-elämän yhteensovittamista ja parannettu perhepoliittisten etuuksien nimellistä tasoa ja turvattu niiden reaaliarvoa. Kotihoidon tuen osittaista hoitorahaa korotettiin ja tuen saantioikeus laajennettiin myös per-

**Toimeentulo-
turvaan tehdyillä
muutoksilla
kannustetaan
työntekoon, lisä-
tään työllisyyttä,
edistetään työn
ja perhe-elämän
yhteensovitta-
mista, ehkäis-
tään köyhyyttä
ja turvataan
eläkepolitiikan
kestävyys**

heisiin, joiden lapsi on peruskoulun ensimmäisellä tai toisella luokalla. Ensimmäisen lapsen kotihoidon tuen ja yksityisen hoidon tuen hoitorahaa sekä jokaisesta lapsesta maksettavaa lapsilisän yksinhuoltajakorotusta nostettiin. Toimeentulotukeen tehdyillä muutoksilla on pyritty lisäämään työllisyyttä. Toimeentulotuen etuoikeutettua tuloa korotettiin 150 euroon, toimeentulotukeen tehtiin indeksikorotukset, asumismenojen seitsemän prosentin omavastuuosuus poistuu ja työmarkkinatukiuudistus toi toimeentulotukeen työntekoon kannustavia elementtejä. Asumistuen tarkistusrajan nostolla pyrittiin edistämään työllisyyttä ja työttömien tuloa työmarkkinoille. Lisäksi asumistuen tasoa ja hyväksyttäviä vesi- ja hoitovastikemaksujen määriä korotettiin.

Työtapaturmien suotuisa väheneminen tasaantui vuosisadan vaihteen noususuhdanteen aikana, mutta on myöhemmin jatkanut myönteistä kehitystään. Sosiaali- ja terveysministeriön 1998 vahvistaman työsuojelustrategian mukaan työsuojelun erityisiä painopistealueita ovat perinteisen tapaturmien ehkäisyn lisäksi tuki- ja liikuntaelsairauksien ehkäisy, henkinen hyvinvointi, työssä jaksaminen ja oman työn hallinta. Vuosiksi 2003–2007 käynnistetty Veto-ohjelma tähtää työelämän vetovoiman lisäämiseen. Työsuojelua koskeva lainsäädäntö on nyky-aikaistettu vuonna 2002 voimaan tulleen työterveyshuoltolain ja 2003 työturvallisuuslain avulla.

Ympäristöterveydenhuolto perustuu ennen kaikkea kunnallisen ympäristöterveydenhuollon toimintaan. Näiden voimavarat ovat kuitenkin vähentyneet. Tämän epäsuotuisan kehityksen torjumiseksi valtioneuvosto hyväksyi periaatepäätöksen ympäristöterveydenhuollon valvonnan kehittämiseksi. Valvonta kootaan tämän mukaan valtakunnallisesti 50–85 seutuyksikköön ja ohjausta tehostetaan valtakunnallisella ohjelmalla. Vuodesta 2003 lähtien on ryhdytty valmistelemaan kansallista kemikaaliohjelmaa.

Työtapaturmien väheneminen on jatkunut

Työsuojelulainsäädäntöä on nykyaikaistettu

Ympäristöterveydenhuollon toimintaa on tehostettu seutuyhteistyöllä ja ohjeistuksella

Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisimmät uudistushankkeet

Koska pääosin kuntien tehtäviä koskevan sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman ohjausta ei pidetty riittävänä, valtioneuvosto teki vuonna 2003 periaatepäätökset kahdesta laajasta kehittämishankkeesta, joita tuetaan merkittävällä lisärahoituksella.

**Ohjelma-
johtamista
vahvistettiin**

Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi käynnistettiin turvaamaan tasapuoliset terveyspalvelut asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Koulutusmääriä ja perusterveydenhuollon osuutta erikoislääkärikoulutuksessa on lisätty ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja työnjakoa kehitetty. Hoitoon pääsy on pyritty turvaamaan ja tilanne onkin kohentunut, vaikka alueellisia eroja vielä on. Tietotekniikan käyttöönottoa ja kehittämistä on tuettu.

**Tasapuoliset
terveyspalvelut
kaikille**

Sosiaalialan kehittämishankkeessa on käynnistetty sosiaalipalvelujen laaja, merkittävä ja järjestelmällinen uudistaminen. Palvelujen saanti ja laatu pyritään turvaamaan uudistamalla lainsäädäntöä, palvelujen tuottamisrakenteita ja henkilöstön toimintakäytäntöjä. Hanke koskee lasten ja perheiden, vanhusten, vammaisten ja päihdeongelmaisten palveluja, joissa kehittämisen kohteena ovat toimiva työnjako, hyvien työkäytäntöjen levittäminen ja varhainen puuttuminen.

**Laadukkaat
sosiaalipalvelut
kaikille**

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteena on parantaa lasten hyvinvointia ja terveyttä, vähentää nuorten tupakointia ja huumeiden käyttöä, vähentää nuorten miesten tapaturma- ja väkivaltakuolleisuutta, kehittää työikäisten työ- ja toimintakykyä sekä työoloja työssä jaksamiseksi, parantaa vanhusten toimintakykyä, lisätä terveitä elinvuosia, säilyttää kansalaisten tyytyväisyys terveyteen ja terveyspalveluihin ja vähentää väestöryhmien terveyseroja.

**Terveyttä
kaikille koko
yhteiskunnan
hyväksi**

Vuosiksi 2004–2007 asetetun alkoholiohjelman tavoite oli saattaa alkoholikulutus laskuun, alkoholin lapsille ja perheille aiheuttamien haittojen vähentäminen ja riskikäytön ja siihen liittyvien haittojen pienentäminen. Alkoholiveron alentaminen on kuitenkin lisännyt kulutusta ja haittoja. Alkoholiohjelmassa hyödynnetään läänitasoista valvontaa ja kunta- sekä seutukohtaisia yksilöllisiä ohjelmia. Päihdetyön koulutusta on pyritty kehittämään ja päihde- ja mielenterveyspalveluja lisäämään samoin kuin lapsiperheiden palvelujen ja lastensuojelun määrärahoja. Riskikäytön varhaista tunnistamista tehostetaan valtakunnallisella mini-interventioprojektilla, johon kuuluvat mm. riskien arviointiin tarkoitettu audit-testi ja alkoholinkäytön puheeksiotto-opas. Alkoholin anniskelu- ja vähittäismyyntilupien hallinnon ja valvonnan siirrolla lääninhallituksille pyritään tehostamaan käytön ehkäisyä.

Valistuksella ja varhaisella puuttumisella pyritään hillitsemään alkoholin kulutusta ja vähentämään siitä väistämättä seuraavia haittoja

Muiden hallinnonalojen toimenpiteet

Kaikilla hallinnonaloilla on käynnissä useita toimintoja, joilla on suora tai välillinen vaikutus väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Terveys ja sosiaalinen hyvinvointi näyttävät olevan kaikilla hallinnonaloilla sisäistettyjä arvoja, jotka otetaan huomioon toimintaa suunniteltaessa ja päätöksiä tehtäessä, vaikka sitä ei erikseen ilmaista.

Terveys ja sosiaalinen hyvinvointi yhteisiä arvoja kaikilla hallinnonaloilla

Sisäisen turvallisuuden ohjelma on esimerkki sosiaali-, terveys- ja muiden sektorien toimien välisen yhteistyön tarpeellisuudesta. Ohjelmassa tunnistetaan eri sektorien toimien riippuvuus toisistaan. Usein sosiaali- ja terveydenhuolto on eri vaikutusketjujen loppupäässä eli se vastaa konkreettisimmin muilla sektoreilla tapahtuneiden negatiivisten seurausten korjaamisesta. Esimerkiksi turvattomuuden tunteella sekä väkivallan ja rikollisuuden kokemuksilla on merkittäviä vaikutuksia kansalaisten terveyteen ja

Sisäisen turvallisuuden ohjelma konkretisoi yhteistyön tarpeen

hyvinvointiin. Usein seuraukset eivät kuitenkaan jää ainoastaan yksilöön, vaan ne kohdistuvat laajempaan ympäristöön, esimerkiksi puolisoon, lapsiin, työpaikkaan jne. Inhimillisten kärsimysten lisäksi näistä lieveilmiöistä aiheutuu myös huomattavia kustannuksia sosiaali- ja terveyssektorille.

Keskeisiä muiden sektorien kertomuskauden toimia, joilla on ollut tai todennäköisesti tulee olemaan positiivisia seurannaisvaikutuksia väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin ovat mm: *liikenne- ja viestintäministeriön* toimet päästöjen ja melun torjumiseksi, liikenneturvallisuuden kehittämiseksi ja pyöräilyn sekä kävelyn edistämiseksi; *maa- ja metsätalousministeriön* maaseudun, erityisesti kotieläintalouden ja elintarviketeollisuuden puhtaan veden saannin turvaaminen sekä maaseudun elinvoimaisuuden kehittäminen; *oikeusministeriön* vankeuslakien uudistukset; *opetusministeriön* perusopetuksen erityisopetuksen kehittämistyö, terveystiedon opetuksen aloittaminen uutena oppiaineena ja koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminnan vakiinnuttaminen; *työministeriön* vajaakuntoisten työnhakijoiden aktivointitoimet ja nuorten yhteiskuntatakuu; *ulkoministeriön* kriisivalmiuden kehittäminen ja *ympäristöministeriön* toimet SOVA-lain voimaansaatamisesta ja arvioinnin ulottamisesta suunnitelmien tai ohjelmien välittömiin tai välillisiin vaikutuksiin ihmisten terveyteen, elinoloihin ja viihtyvyyteen sekä kansallisen kemikaaliohjelman valmistelutyö. Toisaalta *valtionvarainministeriön* toteuttamat alkoholiveron muutokset, jotka perustuvat EU:n sisämarkkinapolitiikkaan, ovat lisänneet alkoholin käyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja.

**Päästöjen
torjunnasta
terveystiedon
opetukseen
— terveyden
ja sosiaalisen
hyvinvoinnin
edistäminen
nähdään laajana
toimintana**

Muiden hallinnonalojen toimien sosiaali- ja terveysvaikutusten tunnistaminen vaatii tiivistä sektorien välistä yhteistyötä. Strategioita, lainsäädäntöä ja hankkeita suunniteltaessa tulee käyttää sosiaali- ja terveyssektorin erityisasiantuntemusta sekä tarpeen vaatiessa ennakkoarvioinnin menetelmiä (esim. terveysvaikutusten arviointimenetelmää), joiden käyttöä sosiaali- ja terveyssektori voi asiantuntemuksellaan tukea.

**Lisäarvoa
sosiaali- ja
terveyssektorin
asiantuntemuk-
sella ja ennak-
koarvioinnin
menetelmillä**

Johtopäätöksiä

Kansalaisten terveys ja sosiaalinen hyvinvointi on kuluneena nelivuotiskautena pääsääntöisesti kohentunut, mutta haasteita on edelleen ja uusia nousee. Useimmat terveysindikaattorit ovat kehittyneet myönteiseen suuntaan, mutta joidenkin osalta kehitys on ollut epäsuotuisa. Kroonisista sairauksista etenkin allergiset sairaudet, tyypin 2 diabetes ja alkoholin aiheuttamat terveyshaitat lisääntyvät. Koska terveys määräytyy suurelta osin muualla kuin sosiaali- ja terveyssektorin toimissa, hallinnonalojen yhteistyö terveyden edistämiseksi on tärkeää.

**Terveyden ja
sosiaalisen
hyvinvoinnin
kehitys on
pääosin ollut
myönteistä,
mutta haasteita
ja kasvavia
ongelmia on**

Sosiaalisen hyvinvoinnin keskimääräisen parane-
misen ohella on syytä huomata kasvava hyvinvoin-
nin polarisoituminen. Viimeksi mainitun kehityksen
kääntämiseksi tarvitaan kipeästi myös muiden kuin
yksinomaan sosiaalihuollon toimenpiteitä.

**Sosiaalinen
hyvinvointi
lisääntyy mutta
polarisoituu
samalla**

Ehkäisy on korjaavia toimenpiteitä kannattavam-
paa. Haasteisiin on pyritty vastaamaan lukuisilla val-
takunnallisilla ja alueellisilla ohjelmilla ja hankkeilla.
Suuremmiksi kokonaisuuksiksi organisoituva kunta- ja
palvelurakenne tulee osaltaan helpottamaan lukuisten
ohjelmien tuloksellista toteutumista.

**Ongelmien
ehkäisy on aina
halvin ja tehok-
kain ratkaisu
epäsuotuisaan
kehitykseen**

Kehitteillä olevan kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteena on osaltaan helpottaa jatkuvasti kiristyvää kuntataloutta, jonka merkittävänä rasitteena koetaan olevan lisääntyvä sosiaali- ja terveyssektorin menokehitys. Palvelujen turvaamiseksi pyritään löytämään uusia rakenneratkaisuja, jotka toimivat tehokkaammin ja joiden rahoituspohja pitää. Riittävän kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon infrastruktuurin turvaamisen lisäksi on varmistettava kaikkien hyvinvointiin vaikuttavien sektoreiden yhteistyön johtaminen ja toimeenpano myös paikallistasolla.

Terveyden eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentämien tulee säilymään pitkään haasteena. Eriarvoisuuden johtavista syistä tiedetään kohtalaisen paljon, mutta tiedot ovat silti sirpaleisia. Vastaisuudessa on syytä tukea aktiivisten toimintamallien etsintää, joiden avulla voidaan monista eri lähtökohdista ryhtyä pienentämään ongelmaa. Tämäkään lähestymistapa ei perustu yksinomaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimille, vaan tavoitteen onnistumiseksi tarvitaan laajaa yli hallinnonrajojen ulottuvaa yhteistyötä.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa kehitettävien rakenteiden on tuettava laaja-alaista ongelmien ehkäisyä

Yli sektorirajojen ulottuva ja kaikkien toimijoiden yhteistyö on edellytys kansalaisten terveyden, sosiaalisen osallisuuden ja hyvinvoinnin jatkuvaksi lisäämiseksi

SAMMANDRAG

Social- och hälsovårdsberättelse 2006. Helsingfors 2006. 320 s.

(Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050, 2006:4)

ISBN 952-00-1996-0 (inh.), ISBN 952-00-1997-9 (PDF)

Social- och hälsovårdsberättelsen beskriver det nuvarande tillståndet för Finlands medborgare i fråga om hälsa och välbefinnande samt åtgärder som vidtagits för att bevara och förbättra detta. Berättelsen publiceras vart fjärde år. Berättelsen lämnas till riksdagen som bilaga till regeringens redogörelse.

Sådana faktorer som väsentligt inverkar på social- och hälsovårdspolitiken är den demografiska utvecklingen, flyttningsrörelsen inom landet, den ekonomiska utvecklingen, sysselsättningsläget och förändringarna i arbetets karaktär samt vissa särskilda drag till följd av EU-medlemskapet.

Finländarnas funktionsförmåga och hälsotillstånd har förbättrats. Även arbetsförhållandena har förbättrats och folk är idag något äldre än förr när de går i pension. De största hoten mot den positiva utvecklingen är spridningen av hälsovådliga levnadsvanor och sjukdomar: fetma har blivit allmänare, alkoholkonsumtionen såväl som allergier och diabetes har ökat. Den sociala välfärden har förbättrats i och med att den genomsnittliga inkomstnivån har stigit men samtidigt har inkomstskillnaderna ökat. Systemet med inkomstöverföringar är dock fortfarande en effektiv utjämnare av inkomstskillnader och antalet människor med låg inkomst är i Finland internationellt sett relativt litet. Långtidsarbetslösheten, bostadslösheten, alkoholkonsumtionen och narkotikan utgör fortfarande en utmaning för välfärden. Dessutom kan ökat behov av barnskydd och rekrytering av hälsovårdspersonal vålla problem. Socialutgifterna har ökat måttligt och ligger på en genomsnittlig EU-nivå.

Förutom de olika sektorernas verksamhet och utveckling i fråga om social- och hälsovårdsservice beskrivs i berättelsen vad som har gjorts för att förebygga problem. Man har strävat efter att uppnå social- och hälsovårdspolitikens centrala strategiska mål genom flera specialprogram av vilka det Nationella hälso- och sjukvårdsprojektet, folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 och Utvecklingsprojektet för det sociala området är de mest

centrala. Berättelsen redogör för nuläget och utvecklingsperspektiven för programmen.

Förutom genom åtgärderna inom social- och hälsovårdens förvaltningsområde påverkas befolkningens hälsa och välbefinnande även av beslut och åtgärder inom flera andra förvaltningsområden. Berättelsen beskriver de mest centrala av dessa. Som ett exempel beskrivs hur hjärthälsa främjas genom samarbete mellan ett flertal sektorer. Berättelsen avslutas med en översikt av de viktigaste framtida utmaningarna för social- och hälsovårdsväsendet. Här betonas särskilt utjämning av hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupper och förebyggande av utslagningen. Avgörande för den framtida utvecklingen av befolkningens hälsa och välfärd är att man lyckas åstadkomma en relativ förbättring i ställningen för den lågutbildade och socialt riskbenägna befolkningsdelen.

Nyckelord:

folkhälsa, hälsovårdspolitik, hälso- och sjukvårdstjänster, socialpolitik, social trygghet, socialservice, välfärd

SOCIAL- OCH HÄLSORAPPORTEN 2006

(angående åren 2002-2005)

RESUMÉ

Omvärlden förändras

Finlands befolkningsstruktur har förändrats under en längre tid. Befolkningen blir äldre och den förväntas minska i slutet av 2020-talet. Fler personer lämnar arbetsmarknaden redan idag än vad som kommer in på den. Det ökande antalet pensionärer utgör inte enbart en belastning utan pensionärerna som är friskare än någonsin kan bidra till samhället på många sätt.

Befolkningen flyttar i stigande grad till tillväxtcentrum. Flyttningsrörelsen gäller särskilt unga som till största delen söker sig till tillväxtcentrum för att studera och stannar kvar på studieorten eller i dess omedelbara närhet efter att studierna är avslutade. Å andra sidan flyttar unga till tillväxtcentrumenas kranskommuner när de skall bilda familj.

Arbetslivet förändras snabbt. Användningen av informationsteknik ökar och team, nätverk och projekt utgör allt oftare arbetsformer. Korttidsjobben har ökat. Hårdare produktionskrav förutsätter ett så effektivt utnyttjande av resurser som möjligt. Även den offentliga sektorn har reformerat sina lönesystem i syfte att förbättra arbetets produktivitet och kvalitet.

Den europeiska unionens inverkan på den nationella hälsopolitiken har utvidgats på grund av lagstiftning och rättspraxis. De omfattande strategierna inom EU, i synnerhet Lissabonstrategin, gäller i tilltagande grad även hälsa. Det gjordes försök att förtydliga fördelningen av uppgifterna mellan EU och medlemsländerna i förslaget till nytt konstitutionellt fördrag för EU som

Den tilltagande äldre befolkningen är också ny slags resurs

Urbaniseringen fortsätter

Arbetslivet är mer utmanande än tidigare

EU:s inflytande över den nationella hälsovårdspolitikerna ökar

dock förkastades i folkomröstningarna i Frankrike och Holland. Regleringen av den inre marknaden angående tobak, vilken baserar sig på folkhälsan, har förstärkts. EU:s nya smittskyddsmyndighet (ECDC) inrättades för bekämpning av smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsorisker. EG-domstolen har betonat principerna för de fyra grundläggande rättigheterna i sina beslut som gäller ersättning för hälsovårdstjänster som har erhållits i ett annat medlemsland. EG-domstolens beslut har lett till ändringar av lagstiftningen även i Finland. Som en del av EU:s inre marknadspolitik avspeglar sig även regleringen av upphandlingarna i social- och hälsovårdstjänsterna.

Förordningen om samordning av social trygghet reformerades. Stödsystemet för hemvård i Finland och grunderna för betalning av underhållsstöd ändrades för att vara i enlighet med ovan nämnda förordning: Stöd för hemvård och underhållsstöd betalas nu även till personer som bor i en annan EU- eller EES-stat. Det politiska samarbetet i fråga om socialpolitik fortsatte inom EU och förflyttades från utvecklande och spridning av nya verksamhetsmodeller till att effektivisera ibruktagandet av dessa. Sysselsättning och ekonomisk tillväxt lyftes fram som medelpunkter för den reformerade Lissabonstrategin.

Det första jämställdhetsdirektivet, som gäller lika behandling av män och kvinnor utanför arbetslivet, trädde i kraft. Europaparlamentet godkände grundandet av ett jämställdhetsinstitut för EU. Med hjälp av EU:s femte verksamhetsprogram avseende jämställda möjligheter för könen stöddes projekt med avseende på jämställdhet mellan könen. Det s.k. Pekingprogrammet om förbättring av kvinnornas ställning följdes upp och utvecklades.

**Det politiska
samarbetet
bland EU:s
medlemsländer
blir tätare inom
socialpolitiken**

**Åtgärder för
främjande av
jämställdhet
mellan män och
kvinnor ökar
också inom EU**

Privata tjänster, tjänster producerade av organisationer eller tjänster som baserar sig på företagsverksamhet har skapats vid sidan av hälso- och sjukvårdstjänster som kommunerna producerar. De privata tjänsterna utgör ca en fjärdedel av socialservicen och en knapp femtedel av hälso- och sjukvårdstjänsterna. Organisationernas tjänster har kompletterat kommunernas tjänster för små målgrupper, vid behov även specialkompetens, och på områden där företagsmässig tjänsteproduktion har saknats. Organisationerna producerar en övervägande del av de privata socialtjänsterna, företagen av hälso- och sjukvårdstjänsterna. Företagens andel av produktionen ökar i och med att organisationerna tvingas delta i konkurrensutsättningen av tjänsterna i stället för samarbete som baserades på partnerskap mellan organisationer och kommuner. En ökning av antalet serviceproducenter förutsätter effektivare övervakning.

Reformen av kommun- och servicestrukturen förväntas ge hållbara lösningar för att säkerställa en hållbar grund för tjänsteproduktionen. Målet är att de tjänster som kommunen idag ansvarar för skall få en tillräckligt stark strukturell och ekonomisk grund och att man beaktar kvalitet, inflytande, tillgång och effektivitet samt teknikutvecklingen när man producerar och ordnar tjänsterna. Samtidigt utvärderas styrnings- och utvecklingssystem för tjänsterna samt forskning. Avsikten är att besluta om framtida riktlinjer på sommaren 2006.

Riktlinjer för utvecklingen av social välfärd och hälsa

Befolkningens hälsotillstånd har alltså förbättrats. Finländarnas förväntade livslängd ökar kontinuerligt. Det ökade antalet år består i regel av friska levnadsår. Skillnaden i förväntad livslängd mellan män och kvinnor har avtagit men skillnaderna mellan socialgrupperna har ökat. Den upplevda hälsan bland

Tjänster som producerats av organisationer och privata producenter kompletterar kommunernas serviceproduktion

Kommun- och servicestruktur-reformen är under planering

Befolkningens hälsa blir bättre men skillnader i hälsa mellan befolkningsgrupperna ökar

äldre människor förbättras ständigt och åtminstone hos personer under 80 år har funktionsförmågan även objektivt sett förbättrats.

Dödligheten hos personer i arbetsför ålder till följd av blodcirkulationssjukdomar och vissa cancersjukdomar, särskilt lungcancer hos män, har minskat men dödsorsaker som hänför sig till alkoholkonsumtionen har ökat. Störningar i den mentala hälsan har inte ökat men dessa är numera den viktigaste orsaken till invalidpension medan andra orsaker, främst blodcirkulationssjukdomar, har minskat. En fjärdedel av finländarnas sjukdomsbörda och antalet sjukdagar beror på störningar i den mentala hälsan. Antalet personer som lider av demens har ökat.

Även munhälsan har förbättrats. Karies och tandlöshet har minskat. En utmaning för munhälsan är stödjevävnadssjukdomar som redan är vanligt förekommande hos personer i medelåldern. Skillnaderna mellan befolkningsgrupperna är stora även i fråga om munhälsa. Den positiva utvecklingen fram till 1990-talet av munnens hälsotillstånd hos barn och unga har avstannat på grund av ändrade levnadsvanor och dålig egenvård.

Hälsan hotas särskilt av ökad fetma hos befolkningen och till följd av detta ökat antal fall av typ 2-diabetes, rökning samt alkohol och narkotika. Samma faktorer inverkar även på ökningen av sjukdomar i stöd- och rörelseorganen, alkohol och narkotika genom olycksfall. Den positiva utvecklingen för riskfaktorer när det gäller blodcirkulationssjukdomar har avstannat. Astma och allergier ökar. Ökad användning av alkohol och narkotika kommer sannolikt att leda till ökade problem både när det gäller den mentala hälsan och sociala problem. Hoten från SARS och influensapandemin har visat att smittsamma sjukdomar inte har besegrats såsom man trott under de senaste decennierna.

Folksjukdomarna förändras

Munhälsan hos barn och unga förbättras inte

Fetma, ringa motion, rökning och användning av alkohol och narkotika utsätter befolkningens hälsa för fara

Ökningen i inkomstskillnaderna bröts i början av 2000-talet men inkomstskillnaderna ökade igen år 2003. Effekten av systemet med inkomstöverföringar som utjämnar inkomstskillnader har avtagit. Antalet personer med små inkomster ökade kraftigt i slutet av 1990-talet men ökningen bröts i början av 2000-talet.

Utjämnningen av inkomstskillnaderna avtog – ökningen av antalet personer med små inkomster avtar

Den positiva utvecklingen av sysselsättningen har fortsatt. Sysselsättningsgraden har stigit även om den fortfarande är ca sju procentenheter lägre än år 1990. Antalet arbetstillfällen har ökat i hela landet med undantag för Lapplands län. Sysselsättningsläget förbättrades mest inom byggnadsbranschen och socialservicen. En majoritet av de nya arbetstillfällena var dock tillfälliga och på deltid. Arbetslösheten och långtidsarbetslösheten minskar fortfarande men klart långsammare än tidigare.

Sysselsättningsläget förbättrades, bostadslösheten minskade...

Trots att Finland är ett av världens tryggaste länder har känslan av otrygghet ökat hos befolkningen. Även om rädslan för att bli utsatt för våldsbrott har minskat har människorna ökat sin beredskap inför våld betydligt. Antalet våldsbrott inom familjen, misstänkta fall av sexuellt utnyttjande av barn samt utnyttjande av barn som kommit till polisens kännedom har ökat. En svag ekonomisk situation i familjen försvagar barnets fysiska och psykiska hälsa, framgång i skolan och föräldrarnas omsorg. Ensamboendet ökar ensamheten bland äldre, känslan av otrygghet och servicebehovet.

...men otryggheten ökade

Man har kunnat minska bostadslösheten men situationen för personer som har svårast att få bostad har blivit sämre. Det finns inte tillräckligt med särskilda tjänster avsedda för personer med flera problem (personer med missbruks- och mentala problem).

Bostadslösheten har minskat

Importbegränsningarna för alkohol togs bort år 2004 i enlighet med EU:s anslutningsfördrag vilket förutspåddes genom att man sänkte alkoholskatten med i 33 procent i genomsnitt. Som en följd av detta ökade alkoholkonsumtionen till 10,3 liter 100-procentig alkohol per invånare. Följden har varit ökade sociala och hälsoproblem. Användningen av narkotika håller däremot på att plana av.

Alkoholkonsumtionen och dess följder ökade

Social- och hälsovården

Enligt OECD:s uppskattning är kostnaderna för den offentliga hälso- och sjukvårdens servicesystem, 7,4 % av bruttonationalprodukten, väl under kontroll. Hälso- och sjukvårdstjänsternas kvalitet är bra, den förebyggande hälso- och sjukvården har framhävts och personalen har kompetens. Åtgärderna inom ramen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet är enligt OECD bra men inte tillräckliga. OECD uppmanar Finland att reformera hälso- och sjukvårdssystemets strukturer för att säkerställa en hållbar finansiering och effektiv användning av resurserna och kritiserar också den ojämlika tillgången till vård.

OECD: Service-systemet är bra och utvecklas i rätt riktning men det är inte tillräckligt

Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 och världshälsoorganisationen WHO:s rekommendationer om hälsofrämjande på 1990-talet har styrt hälsofrämjandet. Den reformerade folkhälsolagen styr kommunerna till att beakta hälsa och hälsofrämjande inom samtliga verksamhetssektorer också i kommunen. Till folkhälsolagen tillades en möjlighet att utfärda en förordning i fråga om vissa frågor som gäller förebyggande hälsovård.

Hälsofrämjande till en del av kommunens verksamhet inom samtliga sektorer

De mest omfattande projekten inom hälsofrämjande har gällt ingripande i problemanvändningen av alkohol i samband med hälsovårdsservice och förebyggande av typ 2-diabetes. Vaccinationsprogrammet reformerades och beredskapen inför en världsomfattande influensapandemi ökades. Vid Folkhälsoinstitutet inrättades en

Vaccinationsprogrammet reformerades

enhet för att göra förebyggandet av olycksfall i hemmet och på fritiden effektivare.

Vårdgarantin är den mest betydelsefulla reformen inom hälso- och sjukvården. I lagstiftningen inskrevs maximitider inom vilka tillträde till vården skall ordnas. Hälsovårdscentralerna skall erbjuda befolkningen möjlighet att få telefonkontakt och en bedömning av vårdbehovet av en yrkesutbildad person inom tre arbetsdagar. Inom den specialiserade sjukvården skall en bedömning av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen har anlänt och den nödvändiga vården skall ordnas senast sex månader efter att vårdbehovet har bedömts. För att trygga tillgången till vård har man utarbetat enhetliga kriterier för icke-brådsakande vård. De första resultaten av uppföljningen avseende tillträde till den specialiserade sjukvården är positiva.

Man har på olika sätt eftersträvat att ordna primärhälsovård för ett större befolkningsunderlag än tidigare. Svårigheterna med att värva läkare och tandläkare till primärhälsovården är ett problem när det gäller att flexibelt producera tjänster. Det har gjorts försök att förbättra situationen genom att göra sjukskötarens arbetsuppgifter mer omfattande och självständigare än tidigare. Även telefonrådgivningen har utökats. Det finns fortfarande stora regionala skillnader när det gäller tillgång till läkarmottagningen. Periodiska undersökningar på rådgivningsbyråer för mödravård och för barnvård och hälsoundersökningar inom skolhälsovården varierar till innehåll och antal. Genom en rekommendation om barnrådgivningsbyråer och en kvalitetsrekommendation om skolhälsovården har man eftersträvat att utjämna regionala skillnader i fråga om kommunernas verksamhetsmetoder och verksamhetens innehåll och omfattning.

**Vårdgarantin
trädde i kraft**

**Man utvecklar
primärhälsovårdens verksam-
hetssätt genom
ett flertal projekt**

Den specialiserade sjukvårdens andel av den kommunala hälso- och sjukvårdens utgifter har hållit sig på ca en tredjedel. Den specialiserade sjukvården utvecklas mer och mer mot öppenvård. Andelen utgifter för tjänster inom den specialiserade sjukvården för personer i arbetsför ålder uppgår till över hälften, till vård av personer i pensionsåldern används ca en tredjedel. Genom vårdgarantin har antalet personer som står i kö för åtgärder inom den specialiserade sjukvården sjunkit snabbt.

Efterfrågan på mentalvårdstjänster inom öppenvården har kontinuerligt ökat. Den barnpsykiatriska institutionsvården har ökat vilket delvis kan bero på ökat statligt stöd. Det råder stora regionala skillnader när det gäller tillgången till tjänster och personalbristen inom öppenvården försvårar produktionen av tjänsterna. Privata serviceproducenter har i regel producerat boendeservicen för rehabiliteringsklienter inom mental hälsa vilket ökar betydelsen av myndigheternas övervakning. Man har utvecklat nya verktyg för att främja barnens mentala hälsa.

Genom att ta bort åldersgränserna omfattas nu hela befolkningen av den offentliga tandvården och ersättningsarna via sjukförsäkringen. Något fler än tidigare besökte tandvården och förändringen gällde särskilt de åldersgrupper som inte tidigare omfattades av tjänsterna till reducerat pris. Besöken ökade särskilt i gruppen där minst två år hade förflutit efter det senaste besöket hos tandläkaren. Munhälsovården har utvecklats genom ändringar i yrkesgruppernas arbetsfördelning.

Uppskattningsvis omfattas 1,9 miljoner arbetstagar, ca 92 procent av samtliga löntagare, av företagshälsovården. Särskilt verksamhet som upprätthåller arbetsförmågan har utökats. Inom företagshälsovården vårdas var tredje av de arbetsföra som besöker öppenvården.

Tillträde till åtgärder inom den specialiserade sjukvården har påskyndats

Behovet av mentalvårdstjänster ökar – nya verktyg för främjande av barnens mentala hälsa

Den offentligt stödda munhälsovården omfattar idag hela befolkningen

Företagshälsovårdens omfattning har förbättrats

I rehabiliteringen av personer i arbetsför ålder har man eftersträvat att hålla kvar folk i arbetet eller stödja återgången till arbetslivet. Reformen med yrkesinriktad rehabilitering som hänför sig till pensionsreformen trädde i kraft vid ingången av år 2004. Arbetspensionsanstaltens andel av den yrkesinriktade rehabiliteringen har ökat. Tack vare åtgärder och förbättrat sysselsättningsläge har sysselsättningsgraden hos äldre åldersklasser förbättrats. Man eftersträvar att aktivera långtidsarbetslösa vid servicecentralerna för arbetskraft. Folkpensionsanstaltens andel av samtliga rehabiliteringstjänster har ökat. Den specialiserade sjukvårdens rehabiliteringsverksamhet och i synnerhet hjälpmedelstjänsterna har utvecklats som en del av det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet.

Tjänsterna för äldre personer har inte i alla avseenden utvecklats i enlighet med de nationella målen: allt färre får hemtjänst och skillnaderna i serviceutbudet mellan kommuner är stora. Servicestrukturen har dock förändrats i riktning mot att främja öppenvården i enlighet med målen för servicestrukturen på 1990-talet: antalet personer som får närståendevård har ökat och den långvariga institutionsvården har ersatts genom effektivare boendeservice.

Servicedelen togs i bruk inom hemtjänsten och som ett gemensamt täckningsmål för hemservicen sattes upp 25 procent för personer som fyllt 75 år. Närståendevårdarnas ställning förbättrades genom ändringarna i klientavgiftslagen och genom att höja indexskyddet för vårdarvoden. Vid ingången av år 2006 inleddes utvecklingsprojektet för institutionsvård och lagen om rätt till bedömning av servicebehovet för personer som har fyllt 80 år och personer som uppbär FPA:s vårdbidrag för pensionstagare trädde i kraft i mars 2006.

**Rehabiliterings-
tjänsterna stöder
folk att hålla sig
kvar i arbete och
en återgång till
arbetet**

**Andelen av
institutionsvård
för de äldre har
minskat men
resurserna inom
öppenvården
är ännu inte
tillräckliga**

**Rätten till
bedömning av
servicebehovet
träder i kraft år
2006**

Behovet av socialservice och behovet av att intensifiera samarbetet mellan social-, hälsovårds-, bostads-, arbets- och undervisningsväsendet samt familjerna och den privata sektorn har ökat. Blandmissbruket av alkohol och narkotika har blivit vanligare, antalet klienter på familjerådgivningsbyråer och barn som placerats utom hemmet har ökat och psykosociala utvecklingsstörningar hos barn har tilltagit betydligt. Samtidigt har de regionala skillnaderna när det gäller ordnande av socialservice vuxit.

Barndagvården har mer än tidigare koncentrerats till daghem och familjedagvården har minskat med ungefär en tredjedel. Det finns fortfarande regionala skillnader i barndagvård som erbjuds kvällar, nätter och veckoslut och tillgången på dagvård för barn i behov av särskilt stöd. Förskoleundervisningen genomförs huvudsakligen inom dagvården men det finns grupper även i skolan. I många kommuner ordnas förskoleundervisningen i form av samarbete mellan förvaltningar.

Inom socialarbetet har förändringarna i servicestruktur, klienternas servicebehov och verksamhetsmiljö ökat behovet av att utveckla utbildningen i socialarbetet och förbättra verksamhetssätten för att dessa bättre skall motsvara klienternas behov. Man påbörjade arbetet med beredningen av en bestämmelse om klientens rätt inom socialarbetet att få tillträde till bedömning av servicebehovet. Man har strävat efter att svara mot utmaningar som gäller socialservice genom utvecklingsprojekt som förebygger, förstärker, påverkar och baserar sig på partnerskap. Anordnandet av socialjourer i kommunerna framskrider konstruktivt.

Verksamhetssätten inom socialvården utvecklas för att vara förebyggande, förstärkande och basera sig på partnerskap

Dagvårdsplatser för alla behovande – skillnader mellan kommunerna i fråga om vård på kvällar, nätter och veckoslut

Rätten till bedömning av servicebehovet för en klient inom socialarbetet fastställs genom bestämmelser

Man har aktivt utvecklat nya barn- och familjecenterade arbetsmetoder. Arbetsmetoderna för tidigt ingripande har etablerats som en del av det grundläggande arbetet och detta har också rönt uppskattning inom olika yrkesgrupper. Via familjerådslag har man säkerställt situationen för barnskyddets klient och hans eller hennes närmaste krets när det gäller att finna en lösning på deras problem. Inom Familjeprojektet strävar man efter att förnya samarbetet mellan rådgivningsbyrån, dagvården och skolan och skapa familjecenter som baserar sig på aktörernas partnerskap.

Barnombudsmannen inledde sin verksamhet. Barnombudsmannens uppgift är att förbättra barnets röst i samhället bl.a. genom att följa barns och ungdomars levnadsförhållanden och tillvarata deras rättigheter samt rapportera årligen om detta till statsrådet.

Socialutgifterna ökade måttligt. Särskilt utgifterna för pensioner och hälso- och sjukvård bidrog till ökningen av utgifterna. Bland pensionsutgifterna ökade utgifterna för ålderspension mest och bland utgifterna för hälso- och sjukvården utgifter för läkemedel och tandvård. Till utgiftsökningen inom tandvården bidrog utvidgningen av tandvården till att omfatta hela befolkningen. Till ökade läkemedelsutgifter ledde bland annat satsningar på hemvård, ikraftträdandet av vårdgarantin för hälso- och sjukvården och läkemedelsbehandlingens utveckling. Socialutgifternas finansieringsandelar förblev näst intill konstanta men den förhöjda arbetspensionsavgiften som togs i bruk vid ingången av år 2005 höjde finansieringsandelarna för arbetsgivare och försäkrade. Statsandelsprocenten som staten betalar till kommunerna har stigit årligen från och med år 2001. Statsandelar som staten betalar till kommunerna har också höjts genom statsandelar som beviljats för olika utvecklingsprojekt. Kommunekonomin finansieringssituation var fortsatt ansträngd men

Arbetsmetoderna för tidigt ingripande har etablerats som en del av det grundläggande arbetet

Barnombudsmannen tillvaratar barnens rättigheter

Ökningen av socialutgifterna hålls tillbaka med hjälp av nya finansieringsarrangemang och utvecklingsprojekt avseende social- och hälsovård

situationen förväntas bli klart bättre åren 2007–2009. Finansieringsstrukturen för socialutgifterna reformeras under år 2006. Sjukförsäkringen delas upp i en arbetsinkomstförsäkring och en sjukvårdsförsäkring. Reformen bidrar till att göra FPA:s finansiering tydligare och ökar FPA:s inkomster från försäkringsavgifter.

Antalet personal inom den kommunala social- och hälsovården har tilltagit med 8 700 personer under 2000-talet. Endast cirka en fjärdedel av de nyanställda har permanent tjänsteförhållande. Merparten av personalen arbetar inom hälso- och sjukvården. De flesta av hälso- och sjukvårdens personal arbetar inom den specialiserade sjukvården och de flesta av socialvårdens personal inom barndagvården och i servicehus och -lägenheter. Inom den kommunala hälso- och sjukvården har läkarbristen hållit sig nästan oförändrad på 2000-talet. Läkarbristen är större inom primärhälsovården än inom den specialiserade sjukvården. Tandläkarbristen i hälsocentralerna har däremot ökat beständigt. Bristen på vårdpersonal (sjukskötare, primärskötare och närvårdare) är betydligt mindre. Inom socialvården finns det brist på socialarbetare som uppfyller behörighetskraven samt på svenskspråkig dagvårdspersonal. Återflyttning av sjukskötare till Finland har tilltagit, medan läkarnas migration utomlands fortsätter. 43 procent av dem som år 2003 arbetar inom den kommunala social- och hälsovården beräknas att pensionera sig innan 2020. Man försöker bereda sig till pensionsbortfallet genom att utöka nybörjarplatser i läkar- och tandläkarutbildningen samt i den yrkesinriktade grundutbildningen och yrkeshögskoleutbildningen inom social- och hälsovården.

Antalet anställda inom social- och hälsovården har tilltagit, men bristen på läkare, tandläkare och socialarbetare har ökat

Man bereder sig till personalens pensionsbortfall genom att utöka nybörjarplatser inom utbildningen

Revideringen av pensionssystemet syftar till att öka sysselsättning och förebygga fattigdom och utslagning. Arbetspensionsreformen medför en mer flexibel pensionsålder och ökat pensionstillväxt för att motivera folk att orka i arbetet. Därtill ackumulerar pension även under studietiden eller vård av ett barn under tre år. Detta bekostas av staten. Fattigdom och utslagning förebyggs genom en ny lag som föreskriver att långtidsarbetslösa som är födda 1941–1947 har en möjlighet till fast pensionsstöd utan skyldighet att söka arbete. I folkpensionerna gjordes en indexförhöjning, en nivåförhöjning på sju euro samt en förhöjning på fem euro som genomförs år 2006. I arbetspensionssystemet gjordes lönekoeficient- och indexändringar. Ändringarna i sjukförsäkringssystemet främjar sammanjämkning av arbets- och familjeliv samt förebygger fattigdom. Fäderna fick möjlighet att ta ut föräldradagpenning i en månad utan avbrott, föräldradagpenningen kan nu beräknas enligt de inkomster som låg till grund för den tidigare föräldradagpenningen och arbetsgivarnas vikariekostnader under föräldraledighet kompenseras genom att höja semesterersättningen. Därtill höjdes nivån på sjukdagpenningen, föräldradagpenningarna och rehabiliteringspenningen samt den inkomst som ligger till grund för inkomstrelaterad dagpenning kan beräknas redan från en månads inkomster. Ändringarna i utkomstskyddet för arbetslösa skall höja sysselsättningsnivån och motivera till arbete. Omställningsskyddet syftar till att försnabba den uppsagdes tillträde till nytt arbete och revideringen av arbetsmarknadsstödet förebygger långvarig arbetslöshet. Ändringarna i det övriga utkomstskyddet främjar sammanjämkning av arbets- och familjeliv och förbättrar familjeförmånernas nominella nivå och säkerställer deras realvärde. Partiell vårdpenning för stöd för barnavården höjdes och rätten till stödet utvidgades även att omfatta familjer där det första barnet är på klass 2 eller 3 i grundskolan. Stöd

Ändringarna i utkomstskyddssystemet motiverar till arbete, ökar sysselsättning, främjar sammanjämkning av arbets- och familjeliv, förebygger fattigdom och tryggar en hållbar pensionspolitik

för vård av familjens första barn och stöd för privat vård av barn samt barnbidragets tillägg till ensamförsörjare höjdes. Ändringarna i utkomstskyddet syftar till att öka sysselsättning. Utkomstskyddets prioriterade inkomst höjdes till 150 euro, en indexförhöjning gjordes till utkomstskyddet, boendeutgifternas självriskandel på sju procent avskaffades och reformen av arbetsmarknadsstödet medför till utkomstskyddet element som motiverar till arbete. Höjningen av bostadsbidragets justeringsgräns syftar till att främja sysselsättning och de arbetslösa tillträde till arbetsmarknaden. Därtill höjdes nivån på bostadsbidrag och de godtagbara vatten- och vårdutgifterna.

Den positiva utvecklingen av antalet arbetsolyckor utjämnades under högkonjunkturen vid sekelskiftet, men trenden har sedan dess fortsatt att vara positiv. Enligt den arbetarskyddsstrategi som social- och hälsovårdsministeriet bekräftade år 1998 är arbetarskyddets särskilda tyngdpunktområden, i tillägg till den traditionella olyckspreventionen, förebyggandet av sjukdomar i stöd- och rörelseorganen, främjandet av psykiskt välbefinnande, ork i arbetslivet samt kontroll över sitt eget arbete. Veto-programmet för år 2003–2007 syftar till att främja arbetslivets dragningskraft. Arbetarskyddslagstiftningen moderniserades genom lag om företagshälsovård som trädde i kraft år 2002 och arbetarskyddslag som trädde i kraft år 2003.

Verksamheten inom miljö- och hälsoskyddet bygger först och främst på den kommunala miljö- och hälsoskyddsverksamheten. Kommunernas resurser har emellertid minskat. För att förebygga denna ogynnsamma utveckling har statsrådet antagit ett principbeslut om utveckling av övervakning inom miljö- och hälsoskyddet. Övervakningen skall enligt beslutet samlas till 50–85 regionala enheter och styrning effektiveras genom ett riksomfattande program. År 2003 påbörjades förberedelserna för ett nationellt kemikalieprogram.

**Antalet
arbetsolyckor
fortsätter att
minska**

**Arbetarskydds-
lagstiftningen
har modernise-
rats**

**Verksamheten
inom miljö- och
hälsoskyddet har
effektiverats ge-
nom anvisningar
och regionalt
samarbete**

De mest centrala utvecklingsprojekten inom social- och hälsovården

Eftersom styrning genom mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården som angår för och främst kommunernas uppgifter inte anses vara tillräcklig, beslöt statsrådet att fatta principbeslut avseende två omfattande utvecklingsprojekt som stöds genom betydande tilläggsfinansiering.

Avsikten med det nationella projektet för trygghet av hälso- och sjukvården i framtiden är att tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster skall vara rättvis i de olika delarna av landet oberoende av invånarnas betalningsförmåga. Inom projektet har man ökat utbildningsutbudet och andelen primärhälsovård i specialistutbildningen samt förbättrat samarbete och arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården. Avsikten har varit att trygga tillgång till vård och läget har förbättrats även om det fortfarande finns regionala skillnader. Projektet har också understött introduktion och utveckling av informationsteknik.

Utvecklingsprojektet för det sociala området medför socialtjänsternas mycket omfattande och betydande organisatoriska reformering. Avsikten är att trygga servicetillgång och -kvalitet genom att revidera lagstiftning och förnya servicestrukturer samt personalens arbetsrutiner. Projektet omfattar tjänsterna för barn och familjer, handikappade personer samt personer med missbrukarproblem. Utvecklingsmålen innefattar väl fungerande arbetsfördelning, spridning av goda praxis samt tidig ingripande.

Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 har som mål att förbättra barnens välbefinnande och hälsa, minska tobaksrökning och droganvändning bland ungdomar, minska dödsfall till följd av olycksfall och våld bland unga vuxna män, utveckla den arbetsföra befolkningens arbets- och funktionsförmåga samt förhållandena

**Programstyrning
stärktes**

**Rättvis tillgång
till hälso- och
sjukvårdstjänster
till alla**

**Socialtjänster av
hög kvalitet till
alla**

**Hälsa för alla
till nytta av hela
samhället**

i arbetslivet, öka antal friska år, bevara befolkningens belåtenhet med hälsan och hälso- och sjukvårdstjänsterna samt minska hälsoskillnader bland befolkningsgrupperna.

Målet med alkoholprogrammet år 2004–2007 är att reducera alkoholkonsumtionen, lätta alkoholens skadeverkningar som drabbar barn och familjer samt minska riskanvändning av alkohol och relaterade skador. Sänkningen av alkoholskatten har emellertid ökat konsumtion och skadeverkningar. Alkoholprogrammet genomförs genom övervakning på länsnivå samt särskilda program i kommuner och regioner. Utbildning i missbrukararbetet har utvecklats, utbud av missbrukar- och mentalhälsotjänster har ökats och anslag för barnomsorg och tjänster för barnfamiljer har förhöjts. Tidig igenkännande av riskanvändning effektiveras genom ett riksomfattande projekt för miniintervention som omfattar bl.a. en audit test för riskbedömningen samt en handbok om hur man skall ställa frågor om alkoholbruk. Man försöker förebygga alkoholbruk också genom att överföra förvaltningen och övervakningen av utskänkings- och detaljförsäljningstillstånd till länsstyrelserna.

Åtgärder på andra förvaltningsområden

På alla förvaltningsområden har man satt igång aktiviteter, som har direkta eller indirekta effekter på befolkningens hälsa och välbefinnande. Det förefaller att alla förvaltningsområden har tillägnat sig värdet av hälsan och det sociala välbefinnandet och dessa beaktas när verksamhet planeras och beslut fattas även om detta inte alltid uttrycks explicit.

Programmet för den inre säkerheten är ett exempel på att det behövs samarbete mellan t.ex. social-, hälso- och andra sektorer. Programmet identifierar det ömsesidiga beroendet av olika sektors verksamhet

Den ökande alkoholkonsumtionen och alkoholskador som oundvikligt följer därav bekämpas genom upplysning och tidig ingripande

Hälsan och det sociala välbefinnandet är gemensamma värden för alla förvaltningsområden

Programmet för den inre säkerheten konkretiserar samarbetsbehovet

eftersom åtgärder på en sektor har konsekvenser på en annan sektor. Ofta är social- och hälsovårdssektorn i slutändan av denne kedja av konsekvenser, dvs. på dessa sektorer bemöter man mer konkretiskt de negativa utvecklingar som har skett på andra sektorer. T.ex. känslan av otrygghet och erfarenheter av våld och brott har betydande effekter på medborgarnas hälsa och välbefinnande. Ofta begränsas effekterna inte enbart på individer, utan dem inriktas även på omgivningen såsom maken eller makan, barnen, arbetsplatsen, osv. I tillägg till mänsklig lidande orsakar dessa följdverkningar också betydande kostnader för social- och hälsovårdssektorn.

Andra sektors centrala åtgärder under redovisningsåret som har haft eller förmodligen kommer att ha positiva konsekvenser för befolkningens hälsa och sociala välbefinnande omfattar bl.a.: *kommunikationsministeriets* åtgärder för att förebygga utsläpp och buller, utveckla trafiksäkerheten och främja cykling och gång; *jord- och skogsbrukministeriets* åtgärder för att trygga landsbygdens, och speciellt husdjursskötselns och livsmedelsindustrins tillgång till rent vatten och för att utveckla landsbygdens vitalitet; *justitieministeriets* revision av fängelselagstiftningen; *utbildningsministeriets* åtgärder för att utveckla specialundervisning inom grundutbildningen, lansera hälsokunskap som ett nytt studieämne och etablera skolelevers morgon- och eftermiddagsverksamhet; *arbetsministeriets* åtgärder för att aktivera handikappade arbetssökande och lansera en samhällsgaranti för unga; *utrikesministeriets* åtgärder för att utveckla krisberedskap; och *miljöministeriets* åtgärder för att sätta i kraft lagen om bedömning av miljökonsekvenserna av myndigheters planer och program och utvidga bedömningen så att den omfattar planernas och programmens direkta eller indirekta inverkan på människornas hälsa, livsbetingelser och trivsel samt förberedning av det nationella kemikalieprogrammet.

Från förebyggande av utsläpp till hälsokunskap som studieämne – främjandet av hälsa och socialt välbefinnande är omfattande verksamhet

Visserligen har de ändringar av alkoholskatten som *finansministeriet* har genomfört och som baseras på EU:s inre marknadspolitik ökat alkoholkonsumtion och alkoholens skadeverkningar.

Identifiering av social- och hälsoeffekterna av andra sektors verksamhet kräver intensivt samarbete mellan sektorerna. Vid planering av strategier, lagstiftning och projekt skall man utnyttja social- och hälsovårdens specialexpertis och vid behov även metoderna för förhandsbedömning (såsom metoden för bedömning av hälsoeffekter), vars användning kan social- och hälsovårdssektorn med sin expertis stödja.

Slutsatser

Under de senaste fyra åren har befolkningens hälsa och sociala välbefinnande i stort sätt ökat, men det finns fortfarande utmaningar och nya utmaningar dyker upp. De flesta hälsoindikatorerna har haft en positiv trend, men för somliga indikatorer har utvecklingen varit ogynnsam. Av de kroniska sjukdomarna har speciellt allergier, typ 2-diabetes och alkoholens skadeverkningar tilltagit. Eftersom hälsan bestäms i stort sätt av faktorer som ligger utanför social- och hälsovårdssektorn är det viktigt att förvaltningsområdena samarbetar för att främja hälsan.

I tillägg till den genomsnittliga förbättringen av det sociala välbefinnandet skall man också beakta att välbefinnandet har polariserats i ökad mån. För att vända polariseringstrenden krävs åtgärder även från andra sektorer än socialvården.

Förebyggande åtgärder är mer lönsamma än avhjälpande. Man har försökt att bemöta utmaningar genom otaliga riksomfattande och regionala program och projekt. Att kommun- och servicestrukturen omorganiseras till större helheter underlättar också att nå resultat inom olika program.

Mervärde med hjälp av expertis inom social- och hälsovårdssektorn samt metoderna för förhandsbedömning

Utvecklingen av hälsan och det sociala välbefinnandet har i stort sätt varit positiv, men det finns utmaningar och växande problem

Det sociala välbefinnandet har ökat men likaså dess polarisering

Förebyggande av problem är alltid den billigaste och effektivaste lösningen till ogynnsam utveckling

Syftet med projektet för en reform av kommun- och servicestrukturen är att förbättra kommunernas ständigt försämrade finanser, som anses belastas betydligt av social- och hälsovårdssektorns tilltagande kostnadsutveckling. Nya strukturlösningar efterspås för att trygga mer effektiv serviceproduktion vars finansiering är mer hållbar. I tillägg till att man tryggar tillräckliga kommunala infrastrukturer inom social- och hälsovården skall man också beakta även på det lokala planet ledningen och verkställandet av samarbete mellan alla sektorer som har inverkan på välbefinnandet.

Minskning av ojämlikhet i hälsa och utslagning är långvariga utmaningar. Det finns mycket information om orsakerna till ojämlikhet men kunskaperna är till dels splittrade. I framtiden skall man stöda aktivt sökandet av verksamhetsmodeller som kan hjälpa till att minska detta problem från flera olika utgångspunkter. Inte heller denna approach bygger helt och hållet på verksamheten inom social- och hälsovårdssektorn utan målet kan uppnås endast genom omfattande sektorsöverskridande samarbete.

Strukturer som förnyas i Projektet för en reform av kommun- och servicestrukturen skall försäkra omfattande förebyggande arbete

Sektorsöverskridande samarbete mellan alla aktörer är förutsättningen för att befolkningens hälsa, sociala deltagande och välbefinnande ökas

SUMMARY

Report on Social Affairs and Health 2006. Helsinki 2006. 320pp.

(Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2050, 2006:4)

ISBN 952-00-1996-0 (print), ISBN 952-00-1997-9 (PDF)

The Social and Health Report is a review of the current state of health and welfare in Finland and the measures taken to retain and enhance them. The report is published every four years. It is submitted to Parliament as an Appendix to the Government's Annual Report.

The demographic development, internal migration, economic growth, employment situation and the changed character of work, as well as the special characteristics due to Finland's EU membership are factors that significantly influence social and health policy.

Finns' functional capacity and health have improved. Working conditions have also improved, and people retire on a pension at a somewhat later age than before. The most considerable threats to a further favourable development are the spread of diseases and lifestyles with negative health effects: obesity has become more and more common, alcohol consumption has risen, and the incidence of allergies and diabetes has increased. Social welfare has enhanced with the raising average income level but, simultaneously, income differences have increased. The system of social income transfers however continues to even out income differentials efficiently, and the number of people on low incomes is in international comparison low in Finland. Long-term unemployment, homelessness and substance abuse still remain challenges from the point of view of welfare and wellbeing. Furthermore, the increasing need for child welfare measures and ensuring a sufficient supply of social and health care personnel give cause for concern. Finland's social security expenditure has increased moderately and is of an average level for the EU.

The report not only deals with activities and developments in the different areas of social welfare and health care but also with the measures undertaken to prevent problems. The achievement of the most important strategic objectives for social and health policy has been boosted by various specific programmes – the National Health Care Project, the Health

2015 public health programme, and the Development Project for Social Services being the most significant of them. The report presents the current state and future prospects for the programmes.

Besides the social welfare and health care sector, the population's health and welfare are also influenced by decisions and measures of many other administrative sectors. The report deals with the most important of them. It is described, for example, how heart health is promoted by joint measures of several sectors. There is a review of the most significant future challenges for the social welfare and health care sectors at the end of the report, with particular focus on reducing health disparities between population groups and prevention of social exclusion. It is crucial to the development of the population's health and welfare to improve the relative status of the less educated and socially vulnerable people.

Key words:

health policy, health services, public health, social policy, social security, social services, welfare

SOCIAL AND HEALTH REPORT 2006

[for 2002–2005]

EXECUTIVE SUMMARY

The operating environment is changing

The demographic structure of Finland has been changing for years. People are ageing and it is expected that the population will begin to decline towards the end of the 2020s. Already, more people exit from than enter the labour market. The increasing number of pensioners is not only a burden but the healthier pensioners of today can benefit society in various ways.

Population is increasingly moving to growth centres. So do especially young people who mostly move to growth centres to study and stay in the locality or in its vicinity after completing their studies. On the other hand, when starting a family many young people move to adjacent municipalities.

Working life is changing rapidly. The use of information technology is increasing, and teams, networks and projects are more and more often used as working methods. The share of short-term, temporary jobs has increased. The higher requirements for returns presuppose an optimally effective use of the existing resources. Also the public sector has reformed its pay systems with a view to improving the productivity and quality of labour.

The influence of the European Union on national health policy has expanded because of its legislation and case law. The horizontal EU strategies, in particular the Lisbon Strategy, increasingly also affect health issues. The draft Constitutional Treaty, which aimed to clarify the division of tasks between the EU and Mem-

The increasing older population will also be a resource

Urbanisation continues

Working life is more challenging

The influence of the EU on national health policy is increasing

ber States in health policy, was however rejected in the referendums of France and the Netherlands. The public health based internal market regulation of tobacco has been strengthened. A European Centre for Disease Prevention and Control was established for the control of communicable diseases and other serious health threats. The European Court of Justice has underlined the principles of the four fundamental freedoms in its judgments concerning the reimbursement of health care services obtained in another Member State. The judgments of the European Court of Justice have led to legislative amendments in Finland, too. As a part of the EU's internal market policy, the regulation of public procurements is also reflected in social and health care services.

The Council Regulation on coordination of social security schemes has been revised. The criteria for payment of Finnish home care allowance and maintenance allowance were amended so as to conform with the Regulation: these allowances are now also paid to persons resident in another EU or EEA country. Within the EU, political co-operation in the field of social policy has continued and its focus is now on intensification of the implementation of new operational models, instead of their development and dissemination as before. Employment and economic growth are the main areas of emphasis in the revised Lisbon Strategy.

The first Gender Equality Directive concerning equal treatment of women and men in areas other than working life came into force. The European Parliament adopted a decision to establish a European Institute for Gender Equality. The EU's fifth action programme on equal opportunities for women and men supports projects regarding gender equality. The implementation of the Beijing Platform for Action to improve women's position was monitored and developed.

EU Member States' political co-operation in the field of social policy is intensifying

Measures to promote gender equality are also increasing within the EU

In addition to the health and social services provided by the local authorities (municipalities) there are today private services produced by non-governmental organisations or based on entrepreneurship. About one quarter of social services and almost one fifth of health care services are private services. Services provided by NGOs complement the municipal services for small target groups, in case special expertise is required, and in areas where no service provision based on entrepreneurship has emerged. NGOs produce the major part of private social services, and companies the major part of private health care services. The share of companies in service production is increasing, as NGOs have to take part in competitive tendering, instead of the previous co-operation based on partnerships between NGOs and municipalities. The increased number of service providers makes it necessary to intensify their supervision.

Services produced by NGOs and private service providers complement the municipal service provision

The aim of the envisaged reform of the municipal and service structure is to find proper solutions to ensuring a sustainable foundation for service provision. The objective is that the services the local authorities are today responsible for providing will have a strong structural and economic foundation and that quality, effectiveness, accessibility, efficiency and technological development are taken into account in service provision. At the same time the systems for the direction and development of services as well as research will be assessed. The purpose is to decide on the future policies in summer 2006.

A municipal and service structure reform is being planned

Trends in social welfare and health

The health of the Finnish population has continued to improve. Life expectancy is on the increase. The increase in years of life as a rule means healthy years of life. The difference in the life expectancy between women and men has diminished, but differences between social groups have increased. The subjective health state of older people is improving all the time, and objectively at least the functional capacity of people aged under 80 years has improved.

Mortality from cardio-vascular diseases and certain cancers, in particular lung cancer in men, has decreased among people of working age, but alcohol-related causes of death have increased. Mental health disorders have not increased but they are today the most important reason for disability pensions as other reasons, especially cardiovascular diseases, have decreased. A quarter of Finns' disease burden and sick days are due to psychiatric disorders. The number of people suffering from dementia has increased.

Oral health has also improved. Dental caries and edentulousness have decreased. The challenge for oral health is periodontal diseases, which are already common in middle-aged people. Health differences between population groups are conspicuous in oral health too. The favourable development in the oral health of children and young people, which continued up to the 1990s, has stopped as a result of changed lifestyles and poor self-care.

Health is endangered in particular by obesity and the increased incidence of type II diabetes as a result of it, and by smoking and alcohol and drug use. The same factors also contribute to the increase in musculoskeletal and connective tissue disorders – alcohol and drugs through injuries. The favourable development in the risk factors for cardiovascular diseases has stopped.

The population's health is improving but health disparities between population groups are increasing

Previous major public health problems are being replaced by new ones

Oral health in children and young people is no more improving

Overweight, too little physical activity, smoking and alcohol and drug use endanger the health of population

Asthma and allergies are becoming more and more common. The increasing use of alcohol and drugs is likely to increase mental health and social problems. SARS and the threat of pandemic influenza have shown that infectious diseases have not been overcome, as we used to believe in recent decades.

The growth in income differentials came to a halt at the onset of the 21st century, but they started to grow again in 2003. The equalising impact of the system of social income transfers has diminished. The proportion of people on small incomes increased markedly towards the end of the 1990s but no more at the onset of the 21st century.

The positive development in the employment situation has continued. The employment rate has risen, but it is still about 7 percentage points lower than in 1990. Workplaces have increased all over the country, except for in Lapland. The employment situation improved most in building trade and social services. The majority of the new workplaces are temporary and part-time however. Unemployment and long-term employment are reducing, but clearly more slowly than before.

Finland is one of the safest countries in the world but people are nevertheless feeling more insecure than before. Although the fear of becoming a victim of a violent offence has diminished, people are today considerably more prepared for violence. The numbers of cases of domestic violence, suspicions of child sexual abuse and abuse that have come to the knowledge of the police have increased. The weak economic situation of a family weakens children's physical and mental health, school performance and the care they get from parents. Living alone increases loneliness, feelings of insecurity and need for services among older people.

Income differences on the increase — less people on small incomes

The employment situation improved...

...but people are feeling more insecure than before

The efforts to reduce homelessness have been successful but the situation of people who are most vulnerable to homelessness has deteriorated. There are not enough particular services meant for homeless people with multiple problems (substance abuse and mental health problems).

Homelessness has decreased

The restrictions on imports of alcoholic beverages were abolished as agreed in the Accession Treaty to the EU in 2004, which was anticipated by reducing the taxes levied on alcohol by 33 per cent on average. Alcohol consumption rose to 10.3 litres in 100 per cent pure alcohol per inhabitant. As a consequence, harmful social and health effects of alcohol use have increased. Drug use is on a slight decrease.

Alcohol use and its harmful effects are increasing

Social welfare and health care

According to an OECD assessment, the costs of the Finnish public health care system, 7.4 per cent of GDP, are well under control. The quality of health care services is good, more emphasis has been placed on preventive health care, and the staff is skilled. The measures introduced through the National Health Care Project are good but not enough. The OECD encourages Finland to reform its health care structures so as to ensure sustainable financing and the efficient use of resources, and criticizes Finland for unequal access to care and treatment.

OECD: The service system is good and it is being developed in the right direction but that is not enough

The Health 2015 public health programme and the recommendations produced as a result of the evaluation of Finnish health promotion policies of the 1990s by WHO experts have guided health promotion in Finland. The amended Primary Health Care Act lays down that the local authorities must take health and its promotion into account in all sectors in municipal activities as well. Powers to issue decrees on certain preventive health care services were added to the Act.

Health promotion should be an integral part of municipal activities in all sectors

The most extensive health promotion projects have concerned, in the context of health care services, brief intervention in problem use of alcohol and prevention of type II diabetes. The vaccination programme was revised, and preparedness for a global pandemic influenza was enhanced. A new unit was established at the National Public Health Institute to intensify the prevention of accidents and injuries in the home and during leisure.

The vaccination programme has been revised

Guaranteed access to care is the most significant health care reform. The maximum time frames for providing care and treatment that must be observed are now laid down in the relevant legislation. People must be able to contact their health centre by telephone and to obtain an assessment of their need for treatment by a health care professional within three workdays. Assessment of the need for specialised medical treatment must be started within three weeks from the arrival of referral to the hospital, and the necessary treatment must be organised within six months from the assessment of the need. Uniform criteria for access to non-emergency treatment have been drawn up. The first results of the monitoring of access to specialised medical care are positive.

Provisions on guaranteed access to care came into force

The aim is to provide primary health care for a larger population basis than before. The shortage of physicians and dentists in primary health care hampers a flexible provision of services. An attempt to improve the situation has been to develop the work of nurses so as to be more independent and include more tasks than before. Consultation given by telephone has also been increased. There are nevertheless big regional differences in access to doctors. The contents and volumes of fixed-term health checks carried out within maternity and child health care and health checks within school health care vary. Efforts have been made to reduce

Methods of primary health care are being developed in numerous projects

regional differences in local authorities' operational methods and the contents and volumes of operations by specific recommendations for child health clinics and by a quality recommendation for school health care.

Specialised medical care still accounts for about one third of the expenditure on municipal health care. Specialised medical care is increasingly developed so as to be to a greater extent based on outpatient care. The proportion of services for people of working-age of the expenditure on specialised medical care is about one half, and about one third is spent on care for people of retirement age. The number of people on waiting lists for treatments in specialised medical care has decreased swiftly with the introduction of guaranteed access to care.

The demand for outpatient visits to mental health services has continued to increase. Institutional care in child psychiatry has increased, which can partly be a result of the increased government support. There are big regional differences in the availability of services, and the shortage of staff in outpatient care hampers their provision. Housing services for mental health rehabilitees are usually offered by private service providers, and this increases the importance of supervision carried out by authorities. New tools have been developed for the promotion of children's mental health.

The entire population is now covered by public dental care and dental care reimbursed by health insurance. The number of dental care visits increased somewhat; in particular those age groups that were not previously covered by services at reduced prices accounted for this change. The visits increased especially among people who had previously visited a dentist two or more years ago. Oral health care has been developed by adjusting the division of tasks between professional groups.

**Faster access
to specialised
medical care**

**Demand for
mental health
services is on
the increase
— new tools for
promoting
children's
mental health**

**Oral health care
supported by
public funds
now covers
the entire
population**

Occupational health care is provided for 1.9 million employees, about 92 per cent of the wage and salary earners. In particular activities to maintain people's work ability have been increased. About one third of the outpatient medical care of people in employment is provided within occupational health care.

The coverage of occupational health care has improved

The rehabilitation provided for people of working age aims to promote staying on at work or returning to the labour market. The reform of vocational rehabilitation linked with the recent pension reform came into effect at the beginning of 2004. The share of employee pension institutions in the provision of vocational rehabilitation has increased. Owing to the measures undertaken and the improved employment situation the employment rate of older age classes has risen. Labour force service centres try to activate long-term unemployed persons. The share of the Social Insurance Institution of all rehabilitation services has increased. Rehabilitation services within specialised medical care and in particular the provision of assistive devices have been developed as a part of the National Health Care Project.

Rehabilitation services support remaining at work or returning to work

Services for older people have not developed in all respects in conformity with the national objectives: less and less people obtain home services and there are big differences between municipalities in service supply. The service structure has however changed, in accordance with the objectives of the service structure reform of the 1990s, in favour of outpatient care: the number of recipients of informal care has increased and long-term institutional care has been replaced by service housing with tailored services.

The proportion of institutional services for older people has diminished but the resources for outpatient services are not adequate yet

Service voucher was introduced in home services and as the joint coverage target for home services was defined 25 per cent of the population over 75 years of age. The position of informal carers was improved by amending the Act on Client Fees in Social Welfare and Health Care and by improving the index linkage of care fees. A development project for institutional care was started at the beginning of 2006, and an act on the right of recipients of care allowance for pensioners aged over 80 paid by the Social Insurance Institution to a service needs assessment came into force in March 2006.

The demand for social services and the need for intensified co-operation between the municipal social, health, housing, employment and educational services, and with families and the private sector have grown. Mixed use of alcohol, drugs and other intoxicants has become more common, and the numbers of clients of child guidance and family counselling clinics and of children placed in foster care have increased. Problems of psychosocial development in children are now markedly more frequent than before. At the same time, regional differences in the provision of social services have increased.

Child day care is concentrated to a greater extent than before in day care centres; family day care has decreased by about one third. There are still regional differences in the access to day care provided in the evenings, at night and weekends. Preschool education is mainly provided within day care but there are also preschool groups at schools. Many municipalities organise preschool education in co-operation by different administrations.

The right to assessment of service needs into effect in 2006

Operational methods in social welfare are being developed so as to be preventative, consolidating and based on partnership

Day care for all in need of it – differences in access to evening, night and weekend care between municipalities

In social work, the changes in the service structure, clients' service needs and operating environment have increased the need to develop the education in social work and to improve working methods so as to comply better with clients' needs. Drafting of provisions on the right of social work clients to an assessment of their service needs has started. Challenges for social services have been addressed by preventative, effective and partnership-based development projects. There has been progress in the provision of emergency social services in municipalities.

The right of social work clients to assessment of their service needs is reinforced by legislation

New child- and family-centred working methods have been developed actively. Methods of early intervention have been established as a part of the basic work and have won the approval of different professional groups. The role of child welfare clients and their significant others in solving their problems has been strengthened. The Family Project aims to reform the co-operation between child health clinics, day care and school as well as to create family centres based on a partnership of the actors.

Early intervention methods have been established as a part of the basic work

The Ombudsman for Children started her work. The objective is to improve awareness of children's needs, among other things, by following their living conditions as well as the implementation of the rights of children and young people, and by annual reports on their situation to the Government.

The Ombudsman for Children speaks up for children

The growth in the expenditure on social security was moderate. In particular pension and health care expenditures contributed to the increase. As regards pension expenditure the costs of old age pensions and as regards health expenditure the costs of medicines and dental care increased most. The increase in the expenditure on dental care was a result of expanding the coverage of public dental care to the entire population. A contributory factor to the increased expendi-

The growth is social expenditure is curbed by new financial arrangements and development projects for social welfare and health care

ture on medicines was the increased focus on home care, the guaranteed access to care, and development of pharmacotherapy. The shares of financing social expenditure remained almost unchanged, but the increased earnings-related pension premium introduced in 2005 raised the shares of the employers and the insured. The percentage of central government transfers to local government has been increased yearly since 2001. The government subsidy has also been increased by the funding granted for development projects. The financing situation in the municipal economy is still strained, but it is anticipated to improve substantially in 2007–2009. The financing structure of social expenditure will be reformed in 2006. Health insurance is to be divided in earned income insurance and medical care insurance. This reform clarifies the financing by the Social Insurance Institution and it will increase the Institution's premium income.

The social and health care personnel in the municipal sector has increased in this decade by 8700 persons. Only one in four of the new employees have permanent jobs. The majority of the personnel are employed in health care. In health care, specialised medical care demands most staff, and in social welfare child day care and service housing. The shortage of doctors in municipal health care has been almost of the same level over the first years of this decade. There is a greater shortage of doctors in primary health care than in specialised medical care. The shortage of dentists at health centres has continued to increase. The shortage of nursing staff (nurses and practical nurses) has been considerably smaller. In social welfare there is lack of social workers fulfilling the prescribed qualifications and of Swedish-speaking staff for child day care. The return migration of nurses to Finland has increased, whereas the emigration of doctors continues. It has been calculated that 43 per cent of those employed

There is now more staff in social welfare and health care but the shortage of physicians, dentists and social workers has increased

in municipal social welfare and health care will retire by 2020. Finland has prepared for the ensuing loss of labour force by increasing the study places in the education of physicians and dentists, as well as in initial vocational education and polytechnic education in the field of social and health care.

The amendments made to the pension system aim to increase employment and prevent poverty and social exclusion. The earnings-related pension scheme was reformed so that the retirement age is now more flexible than before, and staying on at work is encouraged by an increased pension accrual. Furthermore, a new benefit brought by the reform is pension compensation payable from state funds for periods of caring for a child under 3 and of studies. Poverty and social exclusion are prevented by a law that provides for permanent income for the long-term unemployed persons born in 1941–1947 without an obligation to seek work; national pensions were raised by 7 euros in addition to index increases, and a decision was made on raising them by 5 euros in 2006. Wage coefficient and index adjustments were made to the earnings-related pension scheme. The amendments made to the health insurance system promote the reconciliation of work and family life and prevent poverty. Fathers got a right to use an uninterrupted period of one month of the parents' allowance period, parents' allowance can now be determined based on the same income as the previous parents' allowance, and the employers' costs of substitutes during parental leave periods are compensated by raising the reimbursement for holiday costs. Furthermore, the level of sickness and parents' allowances was raised and the income on which earnings-related daily allowance is based can be calculated from income for one month. The purpose of the amendments made to unemployment benefits is to raise the employment rate and encourage people to work. Employees who have

Provision has been made for the increasing number of retirees by increasing study places

Amendments made to income security encourage people to work, improve the employment situation, promote the reconciliation of work and family life, prevent poverty, and ensure the sustainability of pension policy

been given notice are helped to find new jobs, and the revised labour market support prevents long-term unemployment. Other amendments to income security promote the reconciliation of work and family life and improve the nominal level of family benefits and secure their real value. The partial home care allowance for children was raised, and the eligibility for the allowance was extended to families whose children are on the first and second form in comprehensive school. Home care allowance and private care allowance for the first child was raised, and the single parent increase payable to child benefits for each child was increased. The purpose of the amendments made to social assistance is to boost employment. The income that is not taken into account in granting social assistance was raised to 150 euro, index-based increases were made in social assistance, it was decided that the deductible of 7 per cent for housing costs will be removed, and the reform of labour market support brought new elements that encourage people to work. The aim of raising the adjustment limit for housing allowance is to promote employment and entry of unemployed persons into the labour market. Furthermore, the level of housing allowance and acceptable fees for water and maintenance were raised.

The decline in occupational injuries slowed down markedly during the economic upswing at the turn of the century, but later on the declining trend has continued. According to the occupational safety and health strategy established by the Ministry of Social Affairs and Health in 1998, particular areas of emphasis are, apart from the traditional prevention of accidents and injuries, prevention of musculoskeletal and connective tissue disorders, promotion of mental wellbeing, wellbeing at work, and management of one's own work. The 'Veto' programme 2003–2007 is a national programme to increase the attraction of work.

The decline in occupational injuries continued

Occupational safety and health legislation has been modernised

The legislation on occupational safety and health was modernised by the Occupational Health Care Act and the Occupational Safety and Health Act that entered into force in 2002 and 2003 respectively.

Environmental health care is based, above all, on actions undertaken by municipalities. Their resources have however been reduced. In order to prevent unfavourable developments in this field the Government has adopted a resolution to develop the supervision of environmental health care. Accordingly, the supervision will be concentrated in 50–85 sub-regional units and a nation-wide programme will be prepared to intensify guidance. A national chemicals programme has been under preparation since 2003.

Environmental health care has been intensified by instructions and sub-regional co-operation

The most important reform projects in social welfare and health care

The Government adopted in 2003 a resolution on carrying out two extensive development projects supported by substantial additional financing, against the background that the guidance of local authorities through the Target and Action Plan for Social Welfare and Health Care was not considered adequate.

Guidance by programmes was strengthened

The National Health Care Project was started to ensure equitable health care services irrespective of people's place of residence and wealth. The volume of education and the share of primary health care in the education of medical specialists have been increased and co-operation and division of labour in specialised medical care improved. Measures have been taken to secure access to care and treatment and the situation has really improved, even though there are still regional differences. Introduction and development of information technology has been supported.

Equitable health services for all

The Development Project for Social Services involves an extensive, significant and systematic reform of social services. The aim is to secure the access to and quality of services by reforming legislation, structures for service provision and operational practices of staff. The project covers services for children and families and for people with disabilities and people with substance abuse problems, the focus being on the development on an effective division of labour, dissemination of best practices and early intervention.

**Quality social
services for all**

The objective of the Health 2015 public health programme is to improve children's wellbeing and health, reduce smoking and drug use among young people, reduce young men's mortality from accidents and violence, develop the work ability and functional capacity of people of working age as well as working conditions in order to promote their wellbeing at work, improve the functional capacity of elderly people, enhance healthy years of life, maintain people's satisfaction with their health and health care services, and diminish health disparities between population groups.

**Health for all
– for the benefit
of the entire
society**

The objective of the national Alcohol Programme for 2004–2007 is to cut down alcohol consumption, to reduce alcohol-related harm to children and families, and to decrease high-risk use and related harm. The lower alcohol taxes have however markedly hampered the achievement of the objectives of the programme. Province-level supervision and municipal and sub-regional programmes are made use of in the implementation of the Alcohol Programme. The training for work with substance abusers has been developed and services for substance abusers and people with mental health problems have been expanded. The grants for services for families with children and child welfare have been increased. Early identification of high-risk

**The increasing
alcohol con-
sumption and its
harmful effects
are tried to be
reduced by edu-
cation and early
intervention**

use of alcohol is being intensified by a national brief intervention programme including e.g. an audit-test meant for risk assessment and a handbook on how to take up alcohol use with clients. The purpose of the transfer of the administration and supervision of serving and retail sale licences to the State Provincial Offices is to intensify the prevention of excessive alcohol use.

Measures by other administrative sectors

A number of actions with direct or indirect impact on the population's health and welfare are under way in all administrative sectors. Health and social welfare appear to be internalised values in all sectors, which are taken into account when planning activities and making decisions even though it is not stated explicitly.

Health and social welfare are common values to all administrative sectors

The Internal Security Programme is one example of the necessity of co-operation between the social, health care and other sectors. The programme identifies the interdependence of activities in the social welfare and health care sector and those of other sectors because they affect each other. Often, the social and health sector at the end of these different 'effect chains' have to assume, most concretely, responsibility for the negative developments in other sectors. For instance feelings of insecurity and experiences of violence and crime have significant effects on the health and wellbeing of people. Their consequences do not only affect an individual but a larger sphere, for instance the spouse, children, workplace etc. Apart from human suffering, these side effects also cause considerable costs to the social and health care sector.

The Internal Security Programme concretises the need for co-operation

Important actions in other sectors during the report period which have had or will probably have positive impacts on the population's health and social welfare are, among others: measures by *the Ministry of Transport and Communications* to combat emissions and noise, to improve traffic safety and promote cycling and walking; measures by *the Ministry of Agriculture and Forestry* to ensure access to clean water in the countryside, in particular for animal husbandry and food industry, and to develop the viability of rural areas; reforms of the prison laws by *the Ministry of Justice*; development of special needs education in basic education, instruction in health education as a new subject and establishing morning and after-school activities for young school-children by *the Ministry of Education*; measures by *the Ministry of Labour* to activate jobseekers with disabilities and to implement the system of youth guarantee; development of the preparedness for crises by *the Ministry for Foreign Affairs*; measures by *the Ministry of the Environment* to implement the Act on the Assessment of the Impacts of Authorities' Plans, Programmes and Policies on the Environment, and to extend the assessment to the direct and indirect impacts of the programmes or plans on human health, living conditions and wellbeing, as well as preparation of the national chemicals programme. On the other hand, the changed alcohol taxes implemented by *the Ministry of Finance*, based on the EU's internal market policy, have had a negative impact on the population's health.

From prevention of emissions to health education — promotion of health and social welfare is a broad multisectorial activity

The identification of social and health impacts of actions in other sectors presupposes a close cross-sectoral co-operation. When preparing strategies, legislation and project, it is advisable to use the expertise of the social and health care sector and, as necessary, impact assessment methods (e.g. the health impact assessment) in the use of which the social and health care sector can support by its expertise.

Expertise of the social welfare and health care sector and impact assessment methods give added value

Conclusions

During the last four-year period people's health has, as a rule, improved but there are still challenges to be met and new challenges are emerging. Most health indicators have developed favourably, but in regard to some of them the development has been unfavourable. As regards chronic illnesses, in particular allergies, type II diabetes and alcohol-induced damage to health are on the increase. Since health is largely determined by other factors than through actions of the social and health sector, co-operation between the different administrative sectors is important for promotion of health.

The development in health has mainly been favourable, but challenges and problems keep emerging

Apart from the improved average social welfare there is reason to pay attention to the increased polarisation of welfare. Also measures by other sectors than social welfare are greatly needed to reverse this trend.

Social welfare has enhanced but its polarisation is increasing

Prevention is more profitable than corrective measures. Numerous national and regional programmes are being carried out in response to the existing challenges. The envisaged municipal and service structure reform will create greater entireties thus facilitating the successful implementation of the various programmes.

Prevention is always the cheapest and most efficient way of protecting against unfavourable development

The objective of the planned municipal and service structure reform is to ease the increasingly strained municipal economy, which is felt to be burdened in particular by the expenditure on the social and health care sector. New structural solutions that would be more efficient and have a more sustainable financial basis are sought to secure the services. In addition to securing the adequate infrastructure for municipal social welfare and health care, the leadership and implementation of co-operation influencing welfare across all sectors must be ensured at local level too.

Reduction of inequality in health and social exclusion will remain challenges for a long time. There is reasonably much knowledge of the reasons for inequality but the information is however scattered. In the future, it is reasonable to support a search for operational models by which this problem can be diminished. Even this approach is not exclusively based on actions within social welfare and health care but co-operation is needed across the administrative boundaries.

The provision of broad preventive action must be secured in the municipal and service structure reform

Cross-sectoral co-operation of all actors is a prerequisite for increasing the health, social inclusion and welfare of people

Kertomuksen valmistelusta vastannut työryhmä

Tapani Melkas pj	Tiina Palotie-Heino
Reijo Väärälä vpj	Eero Lahtinen
Taina Rintala sihteeri	Pirjo Marjamäki
Antti Reunanen sihteeri	Kati Myllymäki
Marjaana Maisonlahti	Maire Kolimaa

Kertomuksen toimittajat

Taina Rintala
Antti Reunanen
Eero Lahtinen

Kieliasu

Matti Kinnunen

Käännökset

Kristian Forsman (ruotsi)
Henna Eronen (ruotsi)
Raija Taurovaara (englanti)

Kertomuksen tuottamiseen osallistuneet asiantuntijat

Reijo Ailasmaa (Stakes)	Pekka Jousilahti (KTL)
Lars-Mikael Bjurström (STM)	Salme Kallinen-Kräkin (STM)
Helena Ewalds (STM)	Vappu Karjalainen (Stakes)
Tari Haahtela (HYKS)	Mervi Kattelus (STM)
Kari Haavisto (STM)	Sari Kauppinen (Stakes)
Matti Heikkilä (Stakes)	Tapani Kauppinen (TTL)
Markku Heliövaara (KTL)	Mikko Kautto (Stakes)
Maritta Hirvi (STM)	Jari Keinänen (STM)
Marja Holmila (Stakes)	Taru Koivisto (STM)
Toivo Hurme (STM)	Simo Kokko (Stakes)
Kaj Husman (TTL)	Maire Kolimaa (STM)
Päivi Hämäläinen (Stakes)	Seppo Koskinen (KTL)
Anna-Kaisa Iivari (STM)	Anne Kumpula (STM)
Jouko Isolauri (STM)	Sirkka-Liisa Kärkkäinen (Stakes)

Eero Lahtinen (STM)	Marie Rautava (Stakes)
Anneli Leppänen (TTL)	Antti Reunanen (KTL)
Marjaana Maisonlahti (STM)	Matti Rimpelä (Stakes)
Pirjo Marjamäki (STM)	Taina Rintala (Stakes)
Tapani Melkas (STM)	Juho Saari (STM)
Mari Miettinen (STM)	Merja Saarinen (STM)
Pasi Moisio (Stakes)	Minna Salmi (Stakes)
Marjatta Montonen (STM)	Marita Sihto (Stakes)
Kati Myllymäki (STM)	Olli Simonen (STM)
Satu Männistö (KTL)	Tytti Solantaus (Stakes)
Hannu Niemi (OPTULA)	Anneli Sollo (STM)
Tapani Niskanen (Stakes)	Timo Ståhl (Stakes)
Anne Nordblad (STM)	Ismo Suksi (STM)
Yrjö Nuorvala (Stakes)	Merja Söderholm (STM)
Heidi Paatero (STM)	Sirpa Taskinen (Stakes)
Hannele Palosuo (Stakes)	Juha Teperi (Stakes)
Tiina Palotie-Heino (STM)	Marjukka Vallimies-Patomäki (STM)
Antti Parpo (Stakes)	Riitta Viitala (Stakes)
Kristiina Patja (KTL)	Päivi Voutilainen (Stakes)
Markku Pekurinen (Stakes)	Reijo Väärälä (STM)
Marjaana Pelkonen (STM)	Kristian Wahlbeck (Stakes)
Ritva Prättälä (KTL)	Erkki Yrjänheikki (STM)

Alkusanat

Vuonna 2002 voimaan tulleen lain sosiaali- ja terveystietokertomuksesta (879/2002) mukaan sosiaali- ja terveysministeriö antaa neljän vuoden välein kansanterveyden ja sosiaaliturvan tilaa ja kehitystä koskevan sosiaali- ja terveystietokertomuksen käytettäväksi hallituksen toimenpidekertomuksen oheisaineistona. Kertomus annettiin aiemmin kahden vuoden välein, viimeksi vuonna 2002.

Käsillä oleva vuoden 2006 kertomus on ensimmäinen lain muuttamisen jälkeen. Se osoittaa, että eduskunnan vuonna 2002 tekemä päätös oli oikea: neljä vuotta näyttää sopivalta ajalta kansalaisten terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin kehityssuuntien, niiden turvaamiseksi käynnistettyjen toimenpiteiden ja toimintaympäristön muutosten kuvaamiseen.

Sosiaali- ja terveystietokertomusta koskevan lain mukaan sosiaali- ja terveysministeriö kokoaa sosiaali- ja terveystietokertomuksen sen jälkeen, kun siihen on saatu muilta ministeriöiltä tarpeelliset tiedot. Muita hallinnonaloja koskeva osuus on vuoden 2006 kertomukseen valmisteltu kahdenkeskisessä vuoropuhelussa muiden ministeriöiden kanssa ja siinä esitetään ministeriöiden itsensä keskeisimpinä pitämät toimet. Tältä osin kertomus siis kuvaa sitä, miten myös muut hallinnonalat ovat vastanneet perustuslain julkiselle vallalle antamaan velvoitteeseen edistää väestön terveyttä.

Kehitys on ollut suurelta osin myönteistä. Toimintaympäristön jatkuvat muutokset, erityisesti väestön ikääntyminen ja monin eri tavoin yhteiskuntaan vaikuttava globalisaatio, edellyttävät meiltä kuitenkin jatkuvaa ja johdonmukaista työtä hyvinvointiyhteiskunnan turvaamiseksi. Kertomuksessa nostetaan suurimmiksi haasteiksi väestöryhmien väliset terveyserot ja syrjäytyminen. Molemmat ovat niin moniulotteisia ilmiöitä, että niiden ratkaiseminen yksin sosiaali- ja terveyssektorin keinoin ei ole mahdollista, vaan tarvitaan yhteistyötä yli hallinnon rajojen.

Kansliapäällikkö

Markku Lehto

Sosiaali- ja terveysministeriö

Sisällys

TIIVISTELMÄ	3
YHTEENVETO	5
SAMMANDRAG	23
SOCIAL- OCH HÄLSORAPPORTEN 2006 (angående åren 2002–2005)	
RESUMÉ	25
SUMMARY	44
SOCIAL AND HEALTH REPORT 2006 [for 2002–2005]	
EXECUTIVE SUMMARY	46
Alkusanat	69
Sisällys	71
1 Sosiaali- ja terveystalitiikan toimintaympäristöä muokkaavat tekijät	75
1.1 Väestökehitys	75
1.2 Muuttoliike	78
1.3 Muuttuva työelämä ja työ	80
1.4 Euroopan unioni ja kansainvälinen kehitys	81
1.4.1 Terveystalitiikka	81
1.4.2 Sosiaalitalitiikka	87
1.4.3 Sukupuolten tasa-arvo	90
1.5 Palvelutuotannon muutokset	91
1.5.1 Palvelutuotanto monipuolistuu	91
1.5.2 Palveluntuottajien määrän kasvu edellyttää valvonnan tehostamista	94
1.5.3 Sosiaali- ja terveystjärjestöt hyvinvoinnin toimijoina	95
1.6 Kunta- ja palvelurakennemuudistushanke	96
2 Sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden kehityssuunnat	99
2.1 Väestön terveydentila	99
2.1.1 Elintavat	99
2.1.2 Terveys	102
2.2 Väestön sosiaalinen hyvinvointi	115
2.2.1 Taloudellinen tilanne	115
2.2.2 Työllisyys ja työttömyys	118
2.2.3 Asunnottomuus	120
2.2.4 Päihheet	122
2.2.5 Väestön turvattomuus	125

3	Sosiaali- ja terveydenhuolto	129
3.1	Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä sosiaali- ja terveyspalvelut	129
3.1.1	OECD:n arvio Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä	129
3.1.2	Terveyden edistäminen	131
3.1.3	Hoitotakuu voimaan	138
3.1.4	Perusterveydenhuollon palvelut	140
3.1.5	Erikoissairaanhoidon palvelut	146
3.1.6	Mielenterveyspalvelut	150
3.1.7	Suun terveydenhuollon palvelut	152
3.1.8	Päihdepalvelut	155
3.1.9	Sosiaalityö	158
3.1.10	Lasten ja lapsiperheiden palvelut	159
3.1.11	Työikäisten palvelut	167
3.1.12	Ikääntyneiden palvelut	175
3.1.13	Näyttöön perustuva hoitotyö	179
3.2	Sosiaalimenot	180
3.2.1	Sosiaalimenot ovat kasvaneet maltillisesti	180
3.2.2	Sosiaalimenojen rahoitusosuudet ovat pysyneet lähes ennallaan	183
3.2.3	Kuntatalous pysyi edelleen kireänä	184
3.3	Henkilöstö	185
3.3.1	Määrän kehitys	185
3.3.2	Henkilöstövajeet	188
3.3.3	Maasta ja maahan muutto	189
3.3.4	Koulutusmäärien kehitys	190
3.3.5	Eläkepoistuma	191
3.3.6	Työvoima- ja koulutustarpeiden seuranta ja ennakointi	193
3.3.7	Tulevat työvoima- ja koulutustarpeet	193
3.4	Tietotekniikan kehitys sosiaali- ja terveydenhuollossa	194
3.4.1	Terveydenhuollon tiedonhallintaan kansallinen ratkaisu	194
3.4.2	Sosiaalihuollon tietotekniikan kansallinen kehittäminen käynnistyy	195
3.4.3	Lainsäädäntöä uusitaan	196
3.4.4	Paikallisesta alueelliseen, alueellisesta kansalliseen	196
3.5	Toimeentuloturva	196
3.5.1	Eläkepolitiikka	196
3.5.2	Sairastumiseen ja työllisyyteen liittyvä turva	198
3.5.3	Muu toimeentuloturva	202
3.6	Työsuojelu ja työelämän kehittäminen	204

3.6.1	Työelämä ja työn ja perheen yhteensovittaminen	205
3.6.2	Työtapaturmat lievästi vähentyneet	206
3.6.3	Toimenpiteitä työolojen kehittämiseksi	207
3.7	Ympäristöterveydenhuolto	209
3.7.1	Kuntien yhteistoiminnan kehittäminen	210
3.7.2	Valvonnan suunnitelmallisuuden ja maksullisuuden kehittäminen	211
3.7.3	Kansallinen kemikaaliohjelma	211
4	Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset uudistushankkeet ja niiden toteutuminen	212
4.1	Hallinnonalan kehittämistä ohjaavat instrumentit	212
4.2	Hallinnonalan keskeiset ohjelmat ja hankkeet	213
4.2.1	Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi	213
4.2.2	Sosiaalialan kehittämishanke	214
4.2.3	Terveys 2015 -kansanterveysohjelma	216
4.2.4	Alkoholiohjelma 2004–2007	219
4.2.5	Muut ohjelmat ja niiden toteuttaminen	223
4.3	Haasteet sosiaali- ja terveysministeriön alaisten sektoritutkimuslaitosten näkökulmasta	235
4.3.1	Terveyden eriarvoisuus	235
4.3.2	Työuran pidentäminen	240
5	Muiden hallinnonalojen keskeiset toimenpiteet väestön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi	245
5.1	Sisäisen turvallisuuden ohjelma	246
5.2	Toimet väestön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi ministeriöittäin	251
5.2.1	Kauppa- ja teollisuusministeriö	251
5.2.2	Liikenne- ja viestintäministeriö	253
5.2.3	Maa- ja metsätalousministeriö	257
5.2.4	Oikeusministeriö	260
5.2.5	Opetusministeriö	262
5.2.6	Puolustusministeriö	267
5.2.7	Sisäasiainministeriö	270
5.2.8	Työministeriö	272
5.2.9	Ulkoasiainministeriö	276
5.2.10	Valtiovarainministeriö	278
5.2.11	Ympäristöministeriö	281
5.3	Esimerkkinä sydänterveys	288

6	Pohdinta	295
6.1	Terveys ja sosiaalinen hyvinvointi lisääntyneet, mutta uusia haasteita nousee	295
6.2	Ohjelmajohtamisen merkitys arvioitava	297
6.3	Kunta- ja palvelurakennemuutoksen tuettava hoidon tarpeen vähentämistä	298
6.4	Terveysten eriarvoisuuden vähentämiseen määrätietoisuutta	300
7	Kirjallisuutta ja muita lähteitä	302
8	Liitteet	317

Sosiaali- ja terveystalouden toimintaympäristöä muokkaavat tekijät

1.1 Väestökehitys

Suomen väestökehitystä on hiljattain tarkasteltu valtioneuvoston tulevaisuusselonteossa ja sen liiteraporteissa. Suomessa – kuten muissakin teollistuneissa länsimaissa – on käynnissä elinajan odotteen kasvun ja syntyvyyden pientymisen aiheuttama demografinen muutos. Väestön ikääntyminen etenee hitaasti mutta vääjäämättä. Ikääntymisessä on kyse eri ikäryhmien suhteellisen koon muutoksesta: lasten ja työikäisten osuus supistuu samalla kun ikääntyneiden osuus kasvaa.

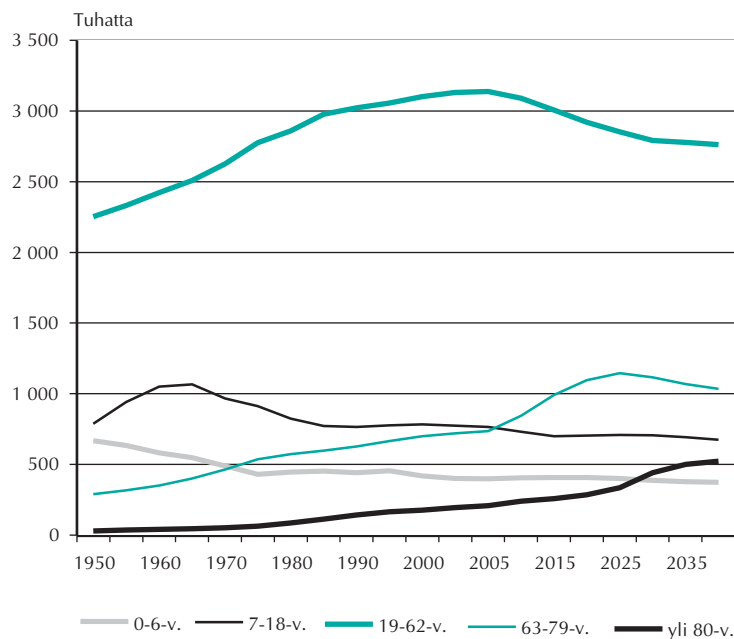
Tilastokeskuksen tuoreimman ennusteen mukaan Suomen väestömäärä kääntyy laskuun 2020-luvun lopulla. Syntyvyys on ollut jo pitkään alle uusiutumistason, mutta elinajan pidentyminen ja maahanmuutto ovat jatkaneet väestönkasvua. Syntyvät ikäluokat ovat olleet aiempaa pienempiä, mutta syntyneitä on ollut vuosittain vielä kuolleita enemmän. Kun vanhojen ihmisten määrä vähitellen kasvaa, kuolleisuus kohoaa ja luonnollinen väestönkasvu kääntyy negatiiviseksi.

Suomen ikärakenne on sotien jälkeen ollut talouskasvulle ja julkiselle taloudelle suotuisa: työikäistä väestöä paljon mutta ikääntyneitä verraten vähän. Yli 65-vuotiaiden määrä alkaa kuitenkin kasvaa tuntuvasti jo kuuden vuoden kuluttua suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle. Ikärakenteen vanheneminen näkyy työmarkkinoilla jo nyt. Niiltä poistuu enemmän ihmisiä kuin niille tulee.

Väestön ikärakenne on muuttunut jo kauan. Väestö on kasvanut 50 vuodessa yli miljoona henkeä, mutta nykyään Suomessa on alle 15-vuotiaita lapsia 300 000 vähemmän kuin 50 vuotta sitten. Samalla työikäisten määrä on kasvanut lähes 900 000 henkeä, ja 65-vuotiaita on nyt lähes puoli miljoonaa enemmän kuin vuonna 1950. Aiemmin kasvoi etenkin työikäinen väestö, mutta vastedes suurenee vain 65 vuotta täyttäneiden määrä.

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan ikäryhmien suhteet muuttuvat edelleen nopeasti. Kuviossa 1 kehitys esitetään hieman totutusta poikkeavalla jaottelulla. Suomen väestö on jaettu viiteen ryhmään: alle kouluikäisiin, oppivelvollisuusikäisiin, työikäisiin (19–62-vuotiaisiin), ns. kolmannessa iässä oleviin (63–79-vuotiaat) ja 80 vuotta täyttäneisiin. Kuvio osoittaa selvästi, kuinka työikäisten määrä on sotien jälkeen kasvanut ja on nyt saavuttanut lakipisteensä. Parhaassa työiässä olevien määrä kääntyy tuotapikaa laskuun. Kuvio osoittaa myös, kuinka kolmannessa iässä olevien määrä alkaa samanaikaisesti kasvaa. Muutaman vuoden päästä kolmannessa iässä on enemmän väkeä kuin on oppivelvollisia. Väestöennusteen mukaan pienten lasten ja kouluikäisten määrät pienenevät hitaasti. Yli 80-vuotiaiden määrä nousee tasaisesti seuraavien 20 vuoden ajan, mutta nousun ennustetaan jyrkkenevän 2030-luvulla.

KUVIO 1. Väestön määrällinen kehitys ikäryhmittäin vuosina 1950–2040



Lähde: Tilastokeskuksen väestötilastot ja väestöennuste

Vuonna 2030 Suomessa on 65 vuotta täyttäneitä yli 600 000 enemmän kuin nyt. Ikäluokan prosentuaalinen kasvu on huikeat 80 prosenttia. Väestöstämme joka neljäs on silloin täyttänyt 65 vuotta. Vastaavasti työikäisten

määrä vähenee 300 000 ja alle 15-vuotiaiden lasten määrän ennustetaan olevan 70 000 nykyistä pienempi.

Väestökehityksen seurauksia

Väestökehityksen ennustaminen on hyvin epävarmaa. Tilastokeskuksen ennuste perustuu Suomessa tilastoituun kehitykseen, jonka pohjalta on tehty oletukset syntyvyydestä (kokonaishedelmällisyysaste), maahanmuutosta ja kuolleisuudesta. Tuoreimmassa vuoden 2004 ennusteessa sekä syntyvyysoletusta että maahanmuutto-oletusta on nostettu hieman edellisestä, vuoden 2001 ennusteesta. Lasten ja työikäisten määrää on kasvatettu. Jos kehitys ei toteudu ennusteen mukaan, väestö ikääntyy edellä kuvattua voimakkaammin.

Vuoden 2004 väestöennusteessa maahanmuuton nettovoitoksi oletetaan 6 000 henkeä (vuoden 2001 ennusteessa 5 000). Maahanmuutto kasvattaisi keskipitkällä aikavälillä työikäistä väestöä ja epäsuorasti myös syntyvyyttä. Maahanmuuton ajatellaan vaikuttavan positiivisesti huoltosuhteeseen (15–64-vuotiaiden suhde alle 15-vuotiaisiin ja yli 65-vuotiaisiin) mutta sen vaikutuksia talouteen (esimerkiksi julkistalouden kestävyys) ja elatussuhteeseen (työllisten suhde ei-työllisiin) on huomattavasti vaikeampi ennustaa. Ne riippuvat muun muassa maahanmuuton koostumuksesta, työmarkkinatilanteesta, kotouttamistoimista ym.

Syntyvyyden ja maahanmuuton erilaisia oletuksia ja niiden vaikutuksia väestökehitykseen on eritelty tarkemmin tulevaisuusselonteon liiteraportissa 3. Jos elinajan odote kasvaa ennakoituakin nopeammin, ikääntymiskehitys voimistuu.

Väestörakenteen muutoksen seurauksista on kirjoitettu paljon kymmenen viime vuoden aikana. Ikääntyneiden määrän kasvu on monelle arvioijalle kriisi, jota on kutsuttu eläkepommiksi. Ikääntymisen taloudellisten seurausten arviointi on noussut näkyvästi eri maiden ja kansainvälisten järjestöjen asialistalle. Poliitiikkasuositusten kärjessä ovat olleet eläkejärjestelmien uudistaminen sekä elinikäisen työajan pidentäminen. Myös Suomessa on pidetty tärkeänä varmistaa julkisen talouden kestävyys, vaikka ikärakenne muuttuu.

Suomen väestörakenne muuttuu kohtuullisen nopeasti. Huoltosuhte heikkenee monia muita maita tuntuvasti lyhyemmässä ajassa. Toisaalta kansainvälisesti katsoen Suomi on varautunut hyvin väestörakenteen muutokseen.

Lähitulevaisuuden suhteen on oltu yhtä mieltä siitä, että ikärakenteen muutoksen haasteita ei ole ratkaistu. Työikäisen väestön supistuesssa työpanos vähenee ja työvoiman keski-ikä kohotessa tuottavuus uhkaa heikentyä. Ikärakenteen muutos heikentää potentiaalista talouskasvua. Samalla yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa, mikä nostaa eläke- ja hoivamenoja.

Suhtautuminen ikääntyvään väestöön on tulevaisuuden avainkysymys. Eläkeläiset eivät muodosta homogeenista ryhmää. On runsaasti terveitä, toimintakykyisiä, koulutettuja ja vauraita eläkeläisiä, joilla on merkittävää elämäkokemusta, viisautta ja usein myös aineellisia voimavaroja. Lisääntyvä vanhusväestö on siksi uudenlainen voimavara suomalaiselle yhteiskunnalle muun muassa työntekijöinä, kuluttajina ja läheisavun antajina.

Kansainvälisesti vertaillen Suomessa on hyvät edellytykset varautua ikärakenteen muutokseen. Suomessa nähdään, että väestörakenteen muutos avaa myös mahdollisuuksia. Tulevaisuusselonteossa esitellään seitsemän keskeistä kokonaisuutta, joilla voidaan vaikuttaa siihen miten pärjäämme väestön vanhetessa. Niitä ovat muun muassa syntyvyyden turvaaminen ja maahanmuuton lisääminen, väestön toimintakyvyn ja terveyden edistäminen, lasten ja nuorten kasvuoloihin, tietoihin ja taitoihin investoiminen, työllisyysasteen ja tuottavuuden kohottaminen, sosiaaliturvan uudistaminen, kuntataloudesta huolehtiminen ja uusien palvelurakenteiden ja toimintamuotojen kehittäminen sekä ikääntyneiden voimavarojen hyödyntäminen ja aktiivisen osallistumisen tukeminen.

1.2 Muuttoliike

Alueellista väestökehitystä on hiljattain tarkasteltu valtioneuvoston tulevaisuusselonteon liiteraportissa 2, josta alla oleva kuvaus on koottu. Kunkin alueen väestörakenne määrää pitkälle kuinka paljon lapsia syntyy ja millainen on kuolleiden määrä. Väestörakenteet eivät muutu kovin nopeasti.

Alueiden väestökehityksen päälinjat on tiedetty jo kauan. Huoltosuhteet heikkenevät kaikkialla. Heikoimmat huoltosuhteet löytyvät maaseuduilta jo nyt, mutta ne heikkenevät entisestään etenkin vanhushuoltosuhteen kasvun takia. Suomessa on vain kymmenisen seutukuntaa, joihin muuttaa nuorta (18–24-vuotiaista) väkeä, valtaosa menettää nuoria. Vuoteen 2030 alueiden väestö pääsääntöisesti vähenee tai ikärakenne yksipuolistuu.

Sisäinen muuttoliike vaikuttaa aluekehitykseen toisaalta välittömästi muuttohetkellä, toisaalta kumulatiivisesti syntyvyyden kautta. Muuttajista suuri osa on perheen perustamisen kynnyksellä olevia nuoria.

Maan sisällä muuttavat lähinnä opiskeluikäiset nuoret maalta ja pienistä kaupungeista opiskelupaikkakunnille. Opiskelun päätyttyä asetutaan usein opiskelupaikkakunnalle tai sen lähitienoille. Mitä suuremmat työmarkkinat opiskelupaikkakunnalla on, sitä suurempi on todennäköisyys jäädä opiskelupaikkakunnalle. Perheen perustaminen on muuttoliikkeen toiseksi tärkein syy. Se saa lapsiperheet muuttamaan suurista kaupungeista niiden ympäristöön. Muiden työikäisten ja eläkeikäisten muutto on vähäisempää.

Yli 50 prosenttia 18–24-vuotiaista muuttajista suuntaa joko pääkaupunkiseudulle tai muihin suuriin kaupunkeihin. Toisaalta joka neljäs tämän ikäluokan muuttaja asettuu maaseutukuntaan. Noin 50–70 prosenttia maaseudun viimeaikaisesta muuttotappiosta on ollut 18–21-vuotiaita nuoria. Muuttoliike imee maaseudun nykyisiä nuoria ikäluokkia, mutta se vaikuttaa myös alueiden tulevaan väestökehitykseen erityisesti vähentämällä synnytysikäisiä naisia.

Muuttoliike muovaa alueiden ikä- ja sukupuolirakennetta. Maaseudulla on vähemmän naisia kuin miehiä, sillä naisten muuttoalttius on lähes joka ikäluokassa miehiä suurempi ja naisten muutto alkaa kohota nuoremmissa ikäluokissa kuin miesten. Myös pääkaupunkiseudulla ja suurissa kaupungeissa nuoret muuttavat selvästi vilkkaammin kuin muut ikäryhmät, mutta muuttoalttius jää alhaisemmaksi kuin maaseudulla.

Muuton määrä ja suunta ovat vaihdelleet viime vuosikymmeninä paljon. Vilkkautta kuvaa se, että kolmenkymmenen viime vuoden aikana muuttajien määrä oli alimmillaan 177 000 (3,5 prosenttia väestöstä) vuonna 1992 ja korkeimmillaan 282 000 (5,4 prosenttia) vuonna 2001. Vuodesta 1998 lähtien noin 5 prosenttia suomalaisista on vuosittain vaihtanut asuinkuntaa. Erityisesti nuorten aikuisten muuttoalttius on noussut selvästi 1990-luvun puolivälin jälkeen. Vuonna 1994 voimaan tullut kotikuntalaki selittää osaltaan muuton kasvua, mutta taustalla vaikuttaa myös muita syitä. Parina viime vuonna muuttoliike on tasaantunut ja muuttovoittokuntien määrä on lisääntynyt. Siitä huolimatta muuttoliike on yhä selvästi alueellisesti keskittyneempää kuin esimerkiksi 1980-luvun lopulla. Vielä 1990-luvun lopussa pääkaupunkiseudulle muuttajat lisääntyivät, mutta viime vuosina kehitys on kääntynyt päinvastaiseksi.

Opiskeluikäiset muuttavat sinne yhä vilkkaasti, mutta muissa ikäryhmissä suunta käy pois päin. Samaan aikaan pienempien kaupunkien muuttoliike on kääntynyt lievästi voitolliseksi ja niitä ympäröivän maaseudun muutto-ovitoito on kasvanut selvästi.

Suomen sisäinen muutto voi vähentyä siksi, että muuttajajäluokissa on aiempaa vähemmän väkeä. läkkäiden osuuden kasvaessa myös eläkeikäisten muutto saattaa vilkastua.

1.3 Muuttuva työelämä ja työ

Suomen työelämä ja työn luonne ovat viime vuosina muuttuneet paljon, ja muutos on kiihtynyt. Kahden viime vuosikymmenen ajan työllisten lukumäärä on pysynyt lähes samana, 2,4 miljoonana. Laman aikana työllisten lukumäärä tosin notkahti lähes 300 000:lla. Sen sijaan työllisten sijoittuminen eri toimialoille on muuttunut paljon jopa kymmenen viime vuoden aikana. Maa- ja metsätaloudessa työskentelevien määrä on laskenut, teollisuudessa työskentelevien pysynyt puolen miljoonan tuntumassa. Sen sijaan vuonna 2003 rahoitus-, vakuutus- ja liike-elämän palveluissa työskenteli 313 000 henkeä, kun heitä kymmenen vuotta aiemmin oli 100 000 vähemmän. Myös julkisissa ja muissa palveluissa toimivien määrä kasvoi kymmenessä vuodessa yli 100 000; vuonna 2003 niissä työskenteli 767 000 henkilöä. Lisäksi kaupassa sekä majoitus- ja ravitsemusalalla työskenteli 363 000 henkilöä. Suomen on sanottu muuttuneen palvelu- ja tietoyhteiskunnaksi.

Globalisaatio ja tekninen kehitys ovat muuttaneet toimialojen työllistävyyttä. Tietotekniikkaa käyttää yli 70 prosenttia työssäkäyvistä, mutta kasvavilla toimialoilla yli 90 prosenttia työntekijöistä. Tietotekniikan hallinta vaikuttaa paitsi työn tuloksellisuuteen myös henkilöstön jaksamiseen. Globaalissa työelämässä myös toimintaympäristön muutokset heijastuvat organisaatioiden ja työn järjestämiseen. Sijoitetun pääoman tuottovaatimusten kiristäminen pakottaa yritykset sekä käyttämään uutta tietotekniikkaa että tehostamaan muiden resurssiensa hyödyntämistä. Tiimit, verkostot ja projektit ovat yleistyneet. Myös julkiset työnantajat ovat uudistaneet rakennettaan, organisoineet työtä uudelleen ja ottaneet käyttöön uusia palkkausjärjestelmiä, joiden tavoitteena on parantaa työn tuottavuutta ja laatua.

Viime aikoina on ollut tyypillistä myös se, että työ ja sen tekijät kohtaavat uudella tavoin. Erityisesti nuorten akateemisesti koulutettujen naisten pätkätyöt ovat yleistyneet erittäin paljon. Terveysthuoltoalalla pelätään työvoimapulaa ja hakijamäärät alan koulutukseen ovat laskeneet. Vielä muutama vuosi sitten tervetysthuoltoalallakin oli vaikeaa saada vakinaista työpaikkaa. Pulaa on jo monista muistakin ammattitaitoisista työntekijöistä, esimerkiksi putkimiehistä.

Kaiken työn muuttuessa yhä moniulotteisemmaksi on kiinnitetty huomiota myös siihen, että monessa asiantuntija- tai tieto-organisaatioissa henkilöstön tieto ja osaaminen ovat organisaation ainoa pääoma. Tietotyöstä, oppivista organisaatioista ja osaamisen johtamisesta on puhuttu jo vuosia, mutta tieteellistä tutkimusta tieto- tai asiantuntijatyötä tekevien työstä, sen kehittymisestä, siinä oppimisesta ja jaksamisesta on vain vähän.

Työn ja osaamisen tietoisesta ja järjestelmällisestä kehittämisestä sekä työntekijöiden hyvinvoinnin, tervetyst ja turvallisuuden kehittämiseen ja ylläpitoon tähtäävistä toimista on tulossa arkipäivää yhä useammissa organisaatioissa. Valitettavasti työn ja hyvinvoinnin kehittämishankkeiden tuloksia on toistaiseksi tutkittu perin niukasti.

1.4 Euroopan unioni ja kansainvälinen kehitys

1.4.1 Terveystpolitiikka

Euroopan unionin vaikutus kansalliseen tervetystpolitiikkaan on laajentunut. Suomessa on viime vuosiin asti katsottu, että EU:n tervetystpolitiikalla on merkitystä kansanterveystyössä ja tervetyst edistämisessä ja että sen toimivalta ei ulotu tervetysthuoltoon eikä tervetystpalveluihin. Siitä on säädetty Amsterdamin (1999) sopimuksen 152 artiklassa¹. Joitain tervetystpolitiikan keskeisiä aloja, kuten lääketeet, lääkinälliset laitteet, tervetysthuollon ammattihenkilöiden liikkuvuus, elintarviketeet ja vaaralliset aineet, on Euroopan unionissa säännelty jo pitkään sisämarkkinaperiaatteen mukaan.

¹ 152:5: ”Yhteisön toiminnassa kansanterveysten alalla otetaan täysimääräisesti huomioon jäsenvaltioiden tervetystpalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen liittyvät velvollisuudet”.

EU:n vähitellen laajeneva rooli terveystaloudessa perustuu sekä lain-
sääntökehittämiseen että oikeuskäytäntöön. Kansanterveyden roolia
on asteittain vahvistettu Maastrichtin ja Amsterdamin sopimuksissa ja EU:n
uudessa perustuslaissa. Euroopan yhteisöjen tuomioistuin on tulkinnoillaan
ulottanut sisämarkkinaperiaatteita ja neljän perusvapauden soveltamista
terveyden alueelle.

Myös EU:n laajoilla strategioilla on yhä enemmän yhteyksiä terveyteen.
Esimerkiksi korkealla poliittisella tasolla päätettyä Lissabonin strategiaa
noudattava avoin koordinaatio koskee myös terveydenhuoltoa ja pitkä-
aikaishoitoa. Samaan aikaan on jäsenmaiden aloitteesta käyty poliittisen
tason keskustelua potilaiden liikkuvuudesta ja terveydenhuollon kehitys-
suuntauksista EU:ssa.

Kertomuskaudella järjestettiin erityisen konventin valmisteleva
hallitustenvälinen konferenssi. Konventin perustuslakiehdotuksen kan-
santerveysartiklaan tehtiin hallitustenvälisessä konferenssissa merkittäviä
muutoksia. Tavoitteena oli lisätä EU:n toimivaltaa kysymyksissä, joissa se
on tarkoituksenmukaista (esimerkiksi rajojen yli leviävät tarttuvat taudit),
mutta tarkentaa sitä, mitkä terveyspalveluja koskevat kysymykset kuuluvat
jäsenvaltioiden toimivaltaan (terveystalouden määrittely, terveyspalve-
luiden hallinnointi ja niihin osoitettujen voimavarojen kohdentaminen)².
Toisaalta kompromissien pohjalta muotoutunut artikla antaa komissiolle
valtuudet käynnistää terveydenhuollon avoin koordinaatio. Toinen, pe-
rustuslakiehdotuksen valmistelussa keskustelua herättänyt kysymys, liittyi
yleiseen kauppapolitiikkaan. Konventin lopulla perustuslakiluonnoksesta
poistettiin vaatimus yksimielisyydestä, kun solmitaan kansainvälisiä
kauppapoliittisia sopimuksia, joilla on vaikutusta terveys-, koulutus- ja
sosiaalipolitiikkaan. Hallitustenvälinen konferenssi lisäsi perustuslakiin ns.
hätäjarrulausekkeen, jonka perusteella päätökset hyväksytään yksimieli-
sesti siinä tapauksessa, että kauppapoliittinen sopimus uhkasi jäsenvaltion
ao. palvelujen järjestämistä kansallisella tasolla ja estäisi jäsenvaltiota
vastaamasta niiden tuottamisesta. Perustuslakiehdotus hylättiin Ranskan
ja Alankomaiden kansanäänestyksissä, eikä sen jatkokäsittelystä ole tois-
taiseksi päätöstä.

² III-278 "Unionin toiminnassa otetaan huomioon jäsenvaltioiden velvollisuudet, jotka liittyvät niiden
terveystalouden määrittelyyn sekä terveyspalveluiden ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoami-
seen. Jäsenvaltioiden tehtäviin kuuluvat terveyspalvelujen ja sairaanhoidon hallinnointi sekä niihin
osoitettujen voimavarojen kohdentaminen."

Kansanterveys

Kansanterveysalalla hyväksyttiin kertomuskaudella useita säädöksiä, joiden luettelo on liitteessä 1. Niihin sisältyivät mm. kansanterveysalan toimintaohjelma vuosille 2003–2008, päätös Tautien ehkäisyn ja valvonnan eurooppalaisen keskuksen perustamisesta sekä joitakin direktiivejä ja suosituksia.

Yhteisön uuden kansanterveysohjelman toimeenpano käynnistyi vuoden 2003 alusta. Ohjelmaan koottiin kahdeksan aiemman ohjelman kaikki toiminnot. Tavoitteena oli yhtenäistää ja tehostaa EU-tason kansanterveystyötä, jonka jäsenmaat olivat kokeneet pirstaleiseksi. Ohjelmassa on kolme toimintalinjaa: terveystieto, terveysuhkat ja terveyden taustatekijät. Suomen näkökulmasta toiminnan pirstaleisuus on vähentynyt ja hankkeet tukevat suuremmin politiikan kehittämistä.

Terveystiedossa pitkän aikavälin tavoitteena on kehittää unioniin yhtenäinen tiedonkeräysjärjestelmä, jotta kerätyt tiedot olisivat suoraan vertailukelpoisia. Mittava hanke käynnistyi jo aiemmassa terveyden seurantaohjelmassa. Kertomuskaudella sovittiin ensimmäisestä lyhyestä perusindikaattorien luettelosta. Toinen tärkeä tavoite on tiedon levittäminen, jota varten on tarkoitus perustaa EU:n terveystietoportti. Kaikilla yhteisökielillä toimivan tietoportin odotetaan valmistuvan vuoden 2006 aikana.

Terveysuhissa on jatkettu tarttuviin tauteihin liittyvää yhteistyötä tartuntatautiverkostoa koskevan päätöksen (2119/98) nojalla. Maailmanlaajuiseen influenssaepidemiaan, pandemiaan, valmistautuminen nousi kertomuskaudella keskeiseksi. Lisäksi on käsitelty bioterrorismiin liittyviä kysymyksiä. Molemmista järjestettiin unioninlaajuiset harjoitukset syksyllä 2005. Suomi osallistui EU:n influenssapandemiaharjoitukseen. Monet tarttuviin tauteihin liittyvät kysymykset ovat siirtyneet ja siirtyvät Tautien ehkäisyn ja valvonnan eurooppalaiseen keskukseen, joka perustettiin kertomuskaudella (EU 851/2004) Tukholmaan.

Terveyden taustatekijöitä koskevat laajat toimet ovat koskeneet mm. ympäristöterveyttä ja yhä enemmän väestön lihavoitumiseen liittyviä kysymyksiä.

EU:n kansanterveysohjelma aiotaan vuoden 2007 alusta korvata uudella kahdeksan vuoden ohjelmalla. Komission tiedonannossa kansanterveysohjelma on laajentunut terveys- ja kuluttajansuojelun yhteiseksi strategiaksi (KOM 2005). Ohjelmassa on vahvistettu selvästi kansainvälisten terveysuhkien torjuntaa, ja siihen on lisätty terveyspalveluja koskevia aiheita. Unionissa halutaan edistää terveyttä vaikuttamalla sen taustatekijöihin

elintapamuutoksin, torjumalla keskeisiä kansantauteja sekä puuttamalla yhdessä harvinaisten tautien ongelmiin. EU:lla olisi perustamissopimuksen nojalla mahdollisuus toteuttaa terveydensuojelua kaikissa toimintaohjelmissaan, mutta esimerkiksi terveellisten valintamahdollisuuksien lisääminen ja niiden tukeminen muiden alojen toimin ei ole nimeksikään esillä kansanterveyden ohjelmaehdotuksessa. Ohjelmaehdotuksen käsittely on kertomusta laadittaessa kesken, mutta jo nyt näyttää selvältä, ettei kansanterveys- ja kuluttajaohjelmien yhdistyminen toteudu.

eTerveys on terveydenhuollon kannalta tärkeä alue ja EU:n toiminta on lisääntynyt siinä merkittävästi. Asia on ajankohtainen, sillä käytännössä kaikki jäsenmaat valmistelevat mm. sähköiseen sairauskertomukseen siirtymistä. Unionitasolla toiminnan tärkeimmäksi perusteluksi on mainittu kansalaisten liikkuvuus, mutta on viitattu myös eTerveysteknologian yhteensopivuuteen, terveydenhuollon ammattilaisten ja kansalaisten tunnistamiseen ja vakuutusturvan tarkistamiseen. Lisäksi on kaivattu määritelmää siitä, mikä on välttämättömin terveyttä koskeva tietosisältö ihmisten liikkuesssa. eTerveyttä käsitellään myös kansalaisten tiedonsaannin ja unionin tiedonhallinnan mutta toisaalta myös selkeästi elinkeinojen näkökulmasta. Jäsenmaiden mahdollisimman hyvin yhteensopivat eTerveysjärjestelmät olisivat eduksi sekä terveyspalvelujärjestelmille että eurooppalaisille teknologiayrityksille.

Terveyspalvelut ja terveysjärjestelmät

Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen merkitys terveyspolitiikassa on korostunut viime vuosina. EY-tuomioistuin on tähdentänyt neljän vapauden (tavaroiden, ihmisten, palveluiden ja pääoman vapaa liikkuvuus) periaatteita ratkaistessaan toisesta jäsenvaltiosta hankittujen terveyspalveluiden korvattavuutta koskevia kiistoja³. EY-tuomioistuin totesi vuonna 2001, että palvelujen vapaan liikkuvuuden periaatteet soveltuvat kaikkiin terveyspalveluihin järjestelmän rahoitustavasta riippumatta. Kaikki jäsenvaltiot eivät ole hyväksyneet tulkintaa eivätkä soveltaneet oikeuskäytäntöä omassa järjestelmässään.

Suomen kannalta toistaiseksi olennaisin merkitys on ollut jo vuonna 1998 annetuilla Decker ja Kohll -ratkaisuilla⁴, joiden vuoksi sairaus-

³ mm. C-368/98 Vanbraekel ym., C-157/99 Smits ja Peerbooms, C-385/99 Müller-Fauré ja Van Riet, C-56/01 Inizan, C-8/02 Leichtle

⁴ C-120/95 Decker, C-158/96 Kohll

vakuutuksen korvauskäytäntöä muutettiin. Muutos merkitsi sitä, että toisessa jäsenvaltiossa hankitusta terveyspalvelusta on mahdollista saada korvaus kansallisen lainsäädännön ja taksojen mukaan. Käytäntö kirjattiin vuoden 2005 alussa voimaan tulleeseen uuteen sairausvakuutuslakiin (21.12.2004/1224). EY-tuomioistuimen käsittelyssä on parhaillaan tapaus Watts⁵, joka ensimmäistä kertaa koskee Suomen kunnalliseen terveydenhuoltoon rinnastettavaa järjestelmää. Samaan aikaan vireillä on toinen tapaus⁶, jossa mitataan, koskeeko korvausvelvollisuus yleisesti myös terveyspalvelujen hankintaan liittyviä matka-, asumis- ja ylläpito-kustannuksia.

EY-tuomioistuimen oikeuskäytännön suunta on huomattu myös poliittisella tasolla. Neuvosto hyväksyi 2002 potilaiden liikkuvuudesta ja terveydenhuollon kehityssuuntauksista päätelmät, jotka sitovat jäsenvaltioita poliittisesti. Päätelmissä pyydettiin komissiota käynnistämään korkean tason pohdinnat läheisessä yhteistyössä neuvoston ja kaikkien jäsenvaltioiden terveysministerien ja muiden avaintahojen kanssa. Syksystä 2002 lähtien pohdintaan osallistuivat silloiset jäsenvaltiot Luxemburgia lukuun ottamatta sekä Euroopan parlamentin ja eräiden Euroopan terveysalan liittojen edustajat. Joulukuussa 2003 pidetyssä päätöskokouksessaan EU15-maiden sekä uusien jäsenvaltioiden terveysministerit hyväksyivät raportin, joka sisältää 19 suositusta viideltä alueelta:

1. eurooppalainen yhteistyö, jolla kehitetään voimavarojen käyttöä
2. potilaita, ammattihenkilöitä ja päätöksentekijöitä koskevat tiedontovavaatimukset
3. hoidon saatavuus ja laatu
4. kansallisen terveyspolitiikan sovittaminen eurooppalaisiin vaatimuksiin
5. terveydenhuollon kysymykset ja unionin koheesio- ja rakennera-hastot.

Ns. reflektioprosessi suosittelee EU:lle pysyvää koneistoa tukemaan Euroopan terveydenhuollon yhteistyötä ja seuraamaan sen vaikutuksia EU:n terveydenhuoltojärjestelmiin. Komissio vastasi perustamalla huhtikuun lopussa 2004 terveyspalveluita ja sairaanhoitoa käsittelevän korkean tason ryhmän (jäljempänä HLG). Ryhmä jatkaa reflektioprosessia, sillä

⁵ C-372/04

⁶ C-466/04 Herrera

sen päätehtäväksi on muotoutunut annettujen suositusten edistäminen ja konkreettisten toimeenpanoehdotusten tekeminen. Ryhmä on toistaiseksi käsitellyt seuraavia aiheita:

- terveyspalvelujen hankkiminen toisesta jäsenvaltiosta (mukaan lukien potilaiden oikeudet ja velvollisuudet)
- terveydenhuollon ammattihenkilöiden liikkuvuus
- terveystekniikan arviointi
- eTerveys ja informaatiotarpeet
- tiettyjen (alkuvaiheessa harvinaisten sairauksien) hoitojen keskittäminen eurooppalaisiin osaamiskeskuksiin
- EU-päätösten terveysjärjestelmiin kohdistuvien vaikutusten arviointi
- potilasturvallisuus.

Ryhmän toimenpiteet ja seuraavan vuoden ohjelma raportoidaan kunkin vuoden lopulla työllisyys-, sosiaalipolitiikka-, terveys- ja kuluttaja-asioiden neuvostolle.

Komissio on pitänyt tärkeänä terveyspalvelujen unioninlaajuisista strategiaa. Siihen kuuluvat potilaiden liikkuvuutta ja terveydenhuollon kehityssuuntauksia käsittelevässä tiedonannossa (KOM(2004)301) selostetut toimet, erillinen tiedonanto avoimen koordinoitimenetelmän laajentamisesta terveydenhuoltoon ja pitkäaikaishoitoon (KOM(2004)304an), Euroopan terveysalan sähköisten sovellusten edistämistä koskeva toimintasuunnitelma (eHealth) (KOM(2004)356), direktiivi palveluista sisämarkkinoilla (KOM(2004)2) sekä sosiaaliturvan koordinoitiasetus 1408/71. Komission mielestä ne yhdessä tekevät mahdolliseksi, että EU-kansalaiset voivat käyttää yhteisön lainsäädännön mukaisia oikeuksiaan terveyspalveluihin (sairauksien hoitoon) muissa jäsenvaltioissa. Myös unioninlaajuinen terveydenhuoltojärjestelmien yhteistyö helpottuu. Komissio on asiakirjoissaan korostanut, että terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestäminen ja tuottaminen kuuluvat jäsenvaltioiden toimivaltaan, mutta niiden on toimissaan otettava huomioon yhteisön lainsäädäntö.

EY:n julkisten hankintojen sääntely on osa EU:n sisämarkkinapolitiikkaa. Sillä pyritään edistämään tavaroiden vapaata liikkumista, palvelujen vapaata tarjontaa ja vapaata sijoittautumista yhteisön perustamissopimuksen mukaisesti. Yhteisön tuomioistuin on katsonut, että myös hankintoihin sovelletaan siitä johdettuja periaatteita, joita ovat tasapuolinen kohtelu, avoimuus ja suhteellisuus. Julkisia hankintoja koskevasta kilpailuttamisvelvollisuudesta on säädetty Euroopan yhteis-

sön hankintadirektiiveissä, joiden kansallinen voimaansaattaminen on vireillä. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat ns. toissijaisia palveluja, joita direktiivit eivät koske, mutta joihin sovelletaan mainittuja perustamis-sopimuksesta johdettuja periaatteita. EY-tuomioistuimen ja kotimaisen oikeuskäytännön perusteella on viime aikoina käynyt ilmeiseksi, että kuntien järjestämisvastuulla olevia sosiaali- ja terveyspalveluja koskevat kuntien väliset sopimukset on katsottava hankintasopimuksiksi laajem-min kuin aiemmin on ollut käytäntönä. Se on aiheuttanut epäselvyyttä kuntien yhteistyömuotojen ja hankintasopimuksen rajasta. Muutos aset-taa myös entistä suuremmat vaatimukset kuntien hankintaosaamiselle sosiaali- ja terveyspalvelusektorilla.

Kansainvälinen yhteistyö

Suomi on toiminut aktiivisesti edistääkseen EU:n ja WHO:n yhteistyötä, joka on painottunut kertomuskaudella tupakkapolitiikkaan ja tartuntatau-teihin. Vuonna 2005 astui voimaan Tupakkapuitesopimus, jonka lähes kaikki EU:n jäsenmaat ovat ratifioineet ja jonka osapuoli myös EU on. WHO:n terveyssäännösten uudistettu teksti hyväksyttiin WHO:n yleisko-kouksessa niin ikään vuonna 2005. Säännösten on määrä astua voimaan toukokuussa 2007. Se määrää tiettyjen tarttuvien tautien seurannasta ja valvonnasta, erityisesti tavaroiden ja ihmisten liikkumisesta. Tavoitteena on, että valtioiden välinen kauppa ei tarpeettomasti häiriinny eikä osa-puolille aiheuteta kohtuuttomia taloudellisia seuraamuksia. Parhailleen keskustellaan komission roolin vahvistamisesta WHO:n hallintoneuvoston ja yleiskokouksen työskentelyssä sellaisissa kysymyksissä, joissa EU:n toimivalta on jaettu komission ja jäsenmaiden kesken.

1.4.2 Sosiaalipolitiikka

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus ETY N:o 883/2004 annettiin 29.4.2004. Asetus korvaa nykyisen neuvoston asetuksen ETY N:o 1408/71 sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin työntekijöihin ja itsenäisiin ammatinharjoittajiin sekä heidän perheenjä-seniinsä. Uusi asetus voi kuitenkin tulla voimaan vasta, kun myös uusi täytäntöönpanoasetus on hyväksytty. Komissio on ilmoittanut, että ehdotus uudeksi täytäntöönpanoasetukseksi annetaan alkuvuonna 2006. Uusi asetus sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta vastaa pääosin ta-

voitteiltaan ja sisällöltään nykyistä asetusta 1408/71. Uudessa asetuksessa on otettu huomioon Euroopan Yhteisöjen tuomioistuimen oikeuskäytäntö sekä kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien kehitys. Asetusta on selkiytetty ja yksinkertaistettu myös lakiteknisesti.

Koordinaatioasetuksen soveltaminen on sujunut Suomessa yleensä ongelmitta. Euroopan yhteisöjen tuomioistuin katsoi tapauksessa Maaheimo (C-333/00), että Suomen kotihoidon tuki on asetuksen 1408/71 mukainen perhe-etuus. Ennen ratkaisua ei kotihoidon tuen katsottu lainkaan kuuluvan yhteisön lainsäädännön piiriin, ja sitä maksettiin vain tosiasiallisesti Suomessa asuvista lapsista. Tuomioistuimen ratkaisun seurauksena sosiaali- ja terveysministeriö asetti kesäkuussa 2003 työryhmän selvittämään kotihoidon tuen ja elatustuen maksamista ulkomaille. Työryhmän tuli selvittää tukia koskevan kansallisen lainsäädännön ja etuuksien myöntämismenettelyn uudistamistarve siten, että etuudet maksetaan asetuksen 1408/71 mukaisissa kansainvälisissä tilanteissa. Hallituksen esityksen (HE 162/2004 vp) mukaan tavoitteena on turvata kotihoidon tuen ja elatustuen maksaminen toiseen EU- tai ETA-valtioon asetuksessa 1408/71 ja sitä koskevassa oikeuskäytännössä edellytetyllä tavalla. Muutokset (985/2004) tulivat voimaan vuoden 2005 alusta.

Sosiaalisen suojelun (sosiaali- ja terveyspolitiikan) poliittinen yhteistyö korostui tarkastelukaudella. Yhteistyö tiivistyi osana Lissabonin strategiaa eli Euroopan unionin vuodet 2000–2010 kattavaa kasvustrategiaa. Sen mukaan Euroopan unionista on ”tultava maailman kilpailukykyisin ja dynaamisin tietoon perustuva talous, joka kykenee ylläpitämään kestävää talouskasvua, luomaan uusia ja parempia työpaikkoja ja lisäämään sosiaalista yhteenkuuluvuutta”. Strategian kolmesta kärjestä yksi on ”Euroopan sosiaalisen mallin uudistaminen”. Ilmaus viittaa eurooppalaisille maille yhteisiin toimintamalleihin. Eurooppa-neuvoston esittämän määritelmän mukaan ”Euroopan sosiaalinen malli perustuu hyvään taloudelliseen suoriutuskykyyn sekä sosiaalisen suojelun, koulutuksen ja työmarkkinaosapuolten vuoropuhelun korkeaan tasoon”. Käsitteellä on viitattu yhteisiin eurooppalaisiin arvoihin sekä jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmien ja Euroopan unionin strategisten tavoitteiden yhteensovittamiseen. Usein on myös huomautettu, että jäsenvaltioilla on hyvin erilaisia sosiaali-, terveys-, työllisyys- ja koulutuspoliittisia malleja, mikä korostaa yhtenäisyyttä painottavan Euroopan sosiaalisen mallin käsitteen poliittisuutta.

Euroopan sosiaalisen mallin uudistamiseen kuului sosiaalisessa suojelussa käyttöön otettu avoimen koordinaation menetelmä. Sen tarkoituksena on auttaa jäsenvaltioita kehittämään asteittain omia politiikkojaan. Tavoitteena on

- määrittää suuntaviivat unionille sekä tarkat aikataulut jäsenvaltioiden lyhyen, keskipitkän ja pitkän aikavälin tavoitteille
- määrittää eri jäsenvaltioiden ja sektorien tarpeisiin räätälöityjen määrä- ja laatuindikaattorien ja maailman huipun tasot, joihin hyviä toimintatapoja tarvittaessa verrataan
- soveltaa eurooppalaisia suuntaviivoja kansallisessa ja alueellisessa politiikassa asettamalla erityistavoitteita ja ryhtymällä toimiin, joissa otetaan huomioon kansalliset ja alueelliset erot
- järjestää keskinäiseksi oppimisprosessiksi tarkoitettua määräaikaista seuranta- ja arviointia ja vertaisarviointia.

Avoimen koordinaation menetelmässä hyödynnetään talous- ja työllisyyspoliittisen yhteistyön aiemmin soveltamia toimintamalleja. Siinä ei kuitenkaan voida antaa jäsenvaltioille suosituksia eikä sen toteutumista seurata niin kuin talous- ja työllisyyspolitiikassa.

Avointa koordinaatiota on sovellettu köyhyyteen ja sosiaaliseen syrjäytymiseen (2001–) ja eläkkeisiin (2002–) sekä terveyspolitiikkaan (terveyspalveluihin ja pitkäaikaishoitoon, 2003–). Alun perin vuonna 1999 kaavailtiin, että samankaltainen menettely otettaisiin sosiaalipolitiikan kannustimiin. Sittemmin on päätetty, että kannustinnäkökulma otetaan läpäisyperiaatteella huomioon köyhyydessä, eläkkeissä ja terveyspalveluissa. Kaikilla mainituilla lohkoilla on asetettu yhteisiä eurooppalaisia tavoitteita ja tuotettu menetelmän edellyttämät kansalliset ja eurooppalaiset raportit.

Sosiaalipolitiikkaa on tarkasteltu myös osana eurooppalaista työllisyysstrategiaa. Siitä näkökulmasta sosiaalipolitiikkaa arvioidaan kannustinkysymyksenä, joka kytkeytyy mm. työ- ja perhe-elämän yhteensovittamiseen ja varhaiseläkkeisiin. Suuntaviivoissa on korostettu työllisyyden merkitystä yhteiskuntapolitiikan tavoitteena ja lähtökohtana sekä välineenä ehkäistä sosiaalista syrjäytymistä. Talouspoliittisen yhteistyön (talouspolitiikan laajan suuntaviivat ja vakaus- ja kasvusopimuksen edellyttämän vakausraportin) puitteissa sosiaalipolitiikkaa tarkastellaan siitä näkökulmasta, kestäkö julkinen talous pitkällä tähtäyksellä. Systemaattista huomiota on kiinnitetty mm. eläkejärjestelmien kestävyys.

Kaiken kaikkiaan poliittinen yhteistyö on tiivistynyt tarkastelujaksolla olennaisesti. Sen alussa painopiste oli uusien toimintamallien kehittämisessä ja levittämisessä. Sitten se on siirtynyt toimeenpanon tehostamiseen. Jäsenvaltioiden ja komission resursseja varsin mittavasti sitovat prosessit pyritään muokkaamaan tehokkaiksi ohjaus- ja kehittämisvälineiksi. Talous- ja työllisyyspolitiikan koordinaatiota on tehostettu vuodesta 2003. Samalla sosiaalisen suojelun raportointia on virtaviivaistettu.

Lissabonin strategia uudistettiin vuonna 2005 niin, että kasvu ja työllisyys nostettiin sen ytimeen. Siitä lähtien sosiaalisen suojelun yhteistyö on teknisesti jäänyt Lissabonin strategian ulkopuolella. Sosiaalisen suojelun yhteistyön tulokset ”syötetään” Lissabonin strategian mukaisiin Euroopan yhteisöjen komission kevätraportteihin ja vuosittain maaliskuussa kokoon-tuvien Eurooppa-neuvostojen päätelmiin. Huomionarvoista on myös se, että talous- ja työllisyyspolitiikan kattavat ”integroidut suuntaviivat”, jotka korvaavat aiemmat talous- ja työllisyyspoliittiset suuntaviivat, käsittelevät sosiaalipolitiikkaa useista näkökulmista.

Suomi suhtautuu myönteisesti avoimen koordinaation menetelmään ja korostaa sen hyödyntämisen mahdollisuuksia sekä kansallisesti että EU-tasolla. Suomi katsoo myös, että talous- ja työllisyyspolitiikan nostaminen Lissabonin strategian ytimeen on perusteltua.

1.4.3 Sukupuolten tasa-arvo

Sukupuolten tasa-arvon periaate on turvattu EU:n perustamissopimuksessa. Tasa-arvoa edistetään EU-lainsäädännöllä ja EU:n tasa-arvopolitiikalla. Alan mittava lainsäädäntö on rakentunut 1970–1990-luvulla. Tuorein tasa-arvodirektiivi miesten ja naisten yhdenvertaisen kohtelun periaatteen täytäntöönpanosta tavaroiden ja palvelujen saatavuuden ja tarjonnan alalla (2004/113/EY) tuli voimaan joulukuussa 2004. Se on ensimmäinen direktiivi, joka koskee sukupuolten tasa-arvoa työelämän ulkopuolella.

Yhteisymmärrys on saavutettu Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviehdotuksesta, joka koskee miesten ja naisten yhdenvertaisten mahdollisuuksien ja yhdenvertaisen kohtelun periaatteen täytäntöönpanoa työhön ja ammattiin liittyvissä asioissa. Direktiiviehdotus vaatii vielä Euroopan parlamentin hyväksynnän. Direktiiviehdotuksen tarkoituksena on yksinkertaistaa, nykyaikaistaa ja parantaa yhteisön lainsäädäntöä, joka liittyy naisten ja miesten yhdenvertaiseen kohteluun työelämässä. Ehdotuk-

seen on sulatettu samanpalkkaisuusdirektiivi (75/117/ETY), ns. yleinen työelämän tasa-arvodirektiivi (76/207/ETY muutettuna direktiivillä 2002/73/EY), direktiivi tasa-arvoisesta kohtelusta ammatillisissa sosiaaliturvajärjestelmissä (86/378/ETY muutettuna direktiivillä 96/97/EY) sekä todistustaakkadirektiivi (97/80/EY muutettuna direktiivillä 98/52 EY). Lisäksi ehdotuksessa on pyritty ottamaan huomioon vakiintunut oikeuskäytäntö.

Neuvosto on sopinut Euroopan tasa-arvoinstituutin perustamista koskevasta asetusehdotuksesta, joka on parhaillaan Euroopan parlamentin ensimmäisessä luennassa.

EU:n viides naisten ja miesten tasa-arvoisia mahdollisuuksia koskeva toimintaohjelma 2001–2006 tukee sukupuolten tasa-arvoa edistäviä hankkeita. Kevään Eurooppa-neuvostolle annetaan vuosittain sukupuolten tasa-arvoa koskeva komission raportti. Lisäksi EU:ssa kehitetään ja seurataan säännöllisesti naisten asemaa kohentavaa ns. Pekingin toimintaohjelmaa.

Kansainväliset tekijät

Suomi on toiminut EU:n ja Maailman terveysjärjestön WHO:n yhteistyön tehostamiseksi. Kertomuskaudella on korostettu erityisesti tarttuvia tauteja ja tupakkapolitiikkaa. Vuonna 2005 astui voimaan Tupakkapuitesopimus, jonka osapuoli myös EU on. WHO:n terveyssäännösten uudistettu teksti hyväksyttiin WHO:n yleiskokouksessa niin ikään 2005. Sen on määrä astua voimaan toukokuussa 2007. Säännöstö määrää tiettyjen tartuntatautien seurannasta ja niihin liittyvästä valvonnasta erityisesti tavaroiden ja ihmisten liikkumisen suhteen, kuitenkin haittaamatta valtioidenvälistä kauppaa. Parastaikaa keskustellaan komission aktiivisemmasta osallistumisesta myös WHO:n hallintoneuvoston ja yleiskokouksen työhön niillä aloilla, joilla toimivalta on jaettu yhteisön ja jäsenmaiden kesken.

1.5 Palvelutuotannon muutokset

1.5.1 Palvelutuotanto monipuolistuu

Perustuslain 19 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut jokaiselle ja edistettävä väestön terveyttä. Velvoite on toteutettu käytännössä siten, että kunnille on säädetty velvollisuus järjestää asukkaalleen sosiaali- ja terveyspalvelut. Lisäksi eräissä erityistilanteissa,

kuten kiireellisessä sairaanhoidossa, palvelut tulee järjestää myös muille kuin kunnan asukkaille.

Kunnat voivat tuottaa palvelut joko itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa esimerkiksi perustamalla kuntayhtymän, tai ostamalla palveluja järjestöiltä tai yrityksiltä. Kunnat tai kuntayhtymät tuottavat edelleen itse pääosan palveluista. Silloin myös palvelutuotanto on kunnallisen demokratian valvonnassa.

Kunnat voivat järjestää vastuulleen kuuluvia palveluja myös ostamalla niitä sekä yksityisiltä tuottajilta että muilta kunnilta ja kuntayhtymiltä. Palveluja on myös ostettu yksityisiltä tuottajilta, järjestöiltä ja yrityksiltä. Sosiaali- ja terveysjärjestöt ovat kehittäneet ja tuottaneet palveluja ihmisille, jotka jäävät helposti julkisten palvelujen ulottumattomiin, sekä alueille, joilla julkinen palvelutuotanto on ollut vaikeaa kohde-ryhmien pienuuden ja vaadittavan erityisasiantuntemuksen vuoksi. Lisäksi järjestöt ovat tuottaneet palveluja sellaisilla alueilla, joille ei ole syntynyt yritysmäistä palvelutuotantoa kysynnän satunnaisuuden tai vähäisyyden takia. Kuntien ja järjestöjen tiivis yhteistyö on perustunut ostosopimuksiin, rahalliseen tukeen ja kumppanuuteen. Esimerkiksi vuosina 2002–2004 kuntien sosiaalipalvelujen ostokustannukset kasvoivat keskimäärin 14 prosenttia vuodessa. Kehitys on pysynyt samanlaisena kymmenen viime vuotta.

Järjestöt ja yritykset tuottivat 2002 runsaan viidenneksen kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista. Yksityisten tuottajien osuus on kasvanut huomattavasti nopeammin sosiaali- kuin terveyspalveluissa. Sosiaalipalveluista yksityiset tuottivat noin 24 prosenttia ja terveyspalveluista noin 17 prosenttia. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Julkisten ja yksityisten palveluntuottajien osuus (%) henkilöstöstä vuosina 1990, 1995, 2000 ja 2002

Palveluntuottajat	Sosiaalipalvelut				Terveyspalvelut			
	1990	1995	2000	2002	1990	1995	2000	2002
julkiset	87,9	86,6	79,3	76,0	85,8	85,2	83,2	83,2
järjestöt	11,6	11,9	16,2	18,1	5,1	5,5	5,2	5,0
yritykset	0,5	1,6	4,5	5,9	9,1	9,2	11,5	11,8
yksityisten osuus kaikista palveluista	12,1	13,4	20,7	24,0	14,2	14,8	16,8	16,8

Yksityisten tuottajien osuus vaihtelee suuresti palveluittain. Yksityisistä sosiaalipalveluista järjestöt tuottavat suuremman osan kuin yritykset, kun taas yksityisistä terveyspalveluista yritykset tuottavat valtaosan (taulukko 1). Järjestöjen osuus on suurin ensi- ja turvakotitoiminnassa, päihdehuollossa, ikääntyneiden ja vammaisten laitospalveluissa sekä palveluasumisessa. Yritysten osuus on suurin lasten ja nuorten laitos- ja perhehoidossa, lasten päivähoidossa sekä kotipalveluissa, joissa on mahdollista löytää muitakin asiakkaita kuin kuntia.

Myös terveydenhuollossa yksityisen tuotannon osuus vaihtelee palveluittain. Hammashuollosta yksityiset tuottavat noin puolet, lääkärikäynneistä lähes kolmasosan ja sairaaloiden vuodeosastohoidosta neljä prosenttia. Viime vuosina yksityinen tuotanto on kasvanut eniten työterveyshuollon palveluissa. Vaikka järjestöt tuottavat sairaalapalveluista suuremman osan kuin yritykset, yksityiset terveyspalvelut ovat pääasiassa yritysten ja itsenäisten ammatinharjoittajien tuottamia.

Palvelutuotannon kustannustehokkuus haaste järjestöille

Järjestöt ovat kehittäneet palveluja erilaisella rahoitusmallilla kuin yritykset. Ne ovat lisänneet tarjontaansa aloilla, joille ne ovat saaneet rahoitusta Raha-automaattiyhdistykseltä (RAY) ja joilla asiakkaina ovat olleet kunnat ja valtio (esim. Kela). Järjestöjen tuloista 14 prosenttia on tullut RAY:n yleis- ja projektiavustuksista ja 44 prosenttia kuntien ja muiden tahojen kanssa tehdyistä ostopalvelusopimuksista.

Järjestöjen palvelutuotannon perinteinen rahoitusperusta muuttuu, kun RAY on vetäytynyt kotipalvelujen, palveluasumisen ja niihin liittyvien investointien avustamisesta. Lisäksi RAY tarkistaa järjestöjen lastenhoitopalvelujen sekä omais- ja sijaishoidon avustamista. Uusilla linjauksilla pyritään ehkäisemään kilpailun vinoutumista ja suunnataan avustuksia enemmän sisältöön.

Samaan aikaan pyrkiessään tuottamaan palveluja kustannustehokkaammin kunnat ovat supistaneet järjestöille antamiaan yleisiä toimintaavustuksia, myöntäneet avustuksia vain tiettyyn tarkoitukseen ja alkaneet arvioida uudelleen järjestöjen ja kuntien vakiintuneita kumppanuusmalleja. Seurauksena on myös järjestöjen palvelutoiminnan vaikuttavuuden, tehokkuuden ja kustannusten arviointi. Järjestöt joutuvat perustelemaan, mitä lisäarvoa heidän palvelunsa tuottavat esimerkiksi yritysten palveluihin verrattuna.

Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoistaminen on yleistynyt viime vuosina voimakkaasti. Hyvinvointipalvelujen ulkoistaminen merkitsee sitä, että myös kuntien ja järjestöjen kumppanuuteen perustuvat palveluntuottamisjärjestelyt siirtyvät Euroopan unionin sisämarkkinasäännösten ja kilpailuttamisen piiriin. Järjestöjen on joko pysyttävä osoittamaan palvelukokonaisuuksiensa kustannustehokkuus ja laatu yritysten palveluihin verrattuna tai lisättävä yksittäisten palvelujen tarjontaa.

Järjestö menettää asemansa yleishyödyllisenä yhteisönä, jos katsotaan, että sen toiminnan painopiste on siirtynyt elinkeinotoiminnan harjoittamiseen. Seurauksena yhä useampi järjestöjen tuottama palvelu siirtyy arvonlisäveron piiriin, jolloin palvelujen tuotantokustannukset nousevat. Tämä saattaa johtaa siihen, että Suomen noin 13 000 rekisteröidystä sosiaali- ja terveysalan järjestöstä osa lopettaa toimintansa. Palvelujärjestelmän näkökulmasta järjestöjen väheneminen voi vähentää palveluja. Peruspalvelujen sisältö määräytyy jatkossa yhä enemmän sen mukaan, mistä palveluista kunnat ovat valmiita maksamaan.

1.5.2 Palveluntuottajien määrän kasvu edellyttää valvonnan tehostamista

Lääninhallitukset, Stakes ja Terveystieteiden tutkimuskeskus (TEO) keräävät tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajista. Tiedot eivät ole kuitenkaan olleet sellaisessa muodossa, jotta yksittäisten kansalaisten, kuntien ja valtionhallinnon olisi ollut helppo hyödyntää niitä. Palveluntuottajien määrä on kasvanut ja ne ovat muuttuneet paikallisista pienyrityksistä valtakunnallisesti toimiviksi organisaatioiksi. Sen on katsottu edellyttävän valtakunnallisesti yhdenmukaista rekisteriä, joka parantaa palveluntuottajien valvontaa ja mahdollistaa uusia sähköiseen asiointiin ja päätöksentekoon perustuvia toimintamalleja verkottuneessa toimintaympäristössä. Sosiaali- ja terveysministeriö asettikin elokuussa 2003 työryhmän pohtimaan sosiaali- ja terveydenhuollon yksityisten palveluntuottajien rekisterin uudistamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksityisiä palveluntuottajia koskeva rekisteriuudistus astui voimaan vuoden 2006 alusta. Uusi laki antaa TEO:lle vastuun ja tehtävän ylläpitää rekisteriä. TEO:n johdolla voidaan myös muodostaa lääninhallitusten, Stakesin ja mahdollisten muiden rekisteriä hyödyntävien osapuolten välinen vakiintunut foorumi, joka arkipäivän kysymysten lisäksi voi osallistua rekisterin kehittämiseen.

Laskelmien mukaan rekisterin ylläpitokustannukset ovat vajaat 200 000 euroa vuodessa, mutta rekisteröinnin maksujärjestelmän kehittämisen on arvioitu kattavan suuren osan ylläpitokustannuksista. Rekisterimaksujen valmistelu on jo käynnistynyt. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan parhaillaan myös yksityisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyviä asetusmuutoksia, jotka täsmentävät rekisterissä olevan tiedon määrittelyä ja muuta rekisterin toimintaa.

1.5.3 Sosiaali- ja terveysjärjestöt hyvinvoinnin toimijoina

Suomessa on noin 13 000 sosiaali- ja terveysjärjestöä, joista suurin osa on alueellisia ja paikallisia. Niiden tärkeimmät tehtävät ovat vaikuttamistoiminta, vertais- ja vapaaehtoistoiminta, asiantuntijatehtävät sekä tuen ja palvelujen kehittäminen ja tarjoaminen. Järjestöjen paikallistoiminnalla on keskeinen rooli osallistumismahdollisuuksien tarjoajana sekä syrjäytymisen ehkäisyssä. Pelkästään Raha-automaattiyhdistyksen avustamien järjestöjen piirissä arvioidaan toimivan noin 250 000 vapaaehtoista. Vuonna 2002 sosiaali- ja terveysjärjestöjen jäseninä oli 11 prosenttia väestöstä.

Raha-automaattiyhdistys on sosiaali- ja terveysjärjestöjen erittäin merkittävä rahoittaja. Se avustaa vuosittain noin 1100 järjestöä 300 miljoonalla eurolla. Terveyden edistämiseen suunnattu rahoitusosuus järjestöille on ollut vuosittain noin 16,6 miljoonaa euroa. Eri tilastot ja rekisterit eivät anna täydellistä tietoa järjestöjen palveluksessa olevasta henkilöstömäärästä, mutta vuoden 2002 lopulla pelkästään sosiaali- ja terveyspalveluja tarjoavilla järjestöillä oli henkilöstöä yli 36 000.

Sosiaalinen tuki, ilmaiset ja kaikille avoimet neuvonta- ja ohjauspalvelut sekä tiedon ja asiantuntemuksen välittäminen ovat järjestöjen paikallistoiminnan keskeisintä antia. Järjestöillä on siksi yhteiskunnassa keskeinen rooli sosiaalisen pääoman kasvattajina sekä ehkäisevän työn tekijöinä. Järjestöt ovat kehittäneet myös palveluja, etenkin niille alueille, joilla julkinen palvelutuotanto on vähäistä eikä yritysmuotoinen palvelutuotanto ole välttämättä kannattavaa. Vuonna 2002 sosiaali- ja terveysjärjestöt tuottivat 17 prosenttia sosiaalipalveluista ja 5 prosenttia terveyspalveluista. Järjestöjen palvelutuotanto on pääsääntöisesti osa niiden sääntöjen mukaista yleishyödyllistä perustoimintaa. Sosiaali- ja terveysjärjestöt tuottavat esimerkiksi erityisryhmien ja vanhusten asumis- ja hoivapalveluita sekä ovat merkittäviä kuntoutuspalvelujen tuottajia.

Kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sosiaali- ja terveysjärjestöt ovat yhdistäneet voimavarojaan sekä vahvistaneet kunnissa eri toimijoiden keskinäistä kumppanuutta. Tällä hetkellä on käynnissä useita järjestöjen toteuttamia valtakunnallisia, alueellisia ja paikallisia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen hankkeita.

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaympäristö on ollut rajussa muutoksessa kertomusvuosien aikana. Sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttaminen ja sitä kautta näille palveluille asetettu tuotteistamisvaatimus on otettu ristiriitaisesti vastaan järjestökentässä. Järjestöt ovat vastustaneet sosiaali- ja terveystalouden yksioikoista kilpailuttamista. Tässä tilanteessa osa järjestöistä on yhtiöittänyt palvelutoimintansa, osa taas katsoo yhtiöittämisen olevan jyrkästi toimintaperiaatteidensa vastaista. EU:n kilpailupolitiikka, hankintalaki sekä verohallituksen verolinjaukset ovat kaventaneet järjestöjen toimintatilaa. Oikeusministeriö onkin osana kansalaisvaikuttamisen politiikkaohjelmaa asettanut vuoden 2006 alussa työryhmän, jonka tehtävänä on tehdä arvio sekä tarvittavat korjausesitykset kansalaisyhteiskunnan toimintaan vaikuttavista muutoksista. Järjestöt pitävät erittäin tärkeänä, että saadaan aikaan yhteisymmärrys ja kansallinen tulkinta yleishyödyllisyydestä.

1.6 Kunta- ja palvelurakenneuudistushanke

Valtioneuvoston päätökseen (11.3.2005) valtiontalouden kehyksistä 2006–2009 sisältyy linjaus ja toimeksianto kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toteuttamisesta. Sen pohjalta on valmisteltu hallituksen strategia-asiakirja 2005. Täsmentävät linjaukset uudistuksesta on kirjattu valtioneuvoston selontekoon keskus-, alue- ja paikallishallinnon toimivuudesta ja kehittämistarpeista. Sisäasiainministeriö asetti toukokuussa 2005 kunta- ja palvelurakenneuudistus -hankkeen, jonka toimikausi on 11.5.2005–31.5.2006. (<http://www.intermin.fi/kuntajapalvelurakenne>).

Valtioneuvostossa hanketta johtaa peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministerityöryhmä. Hankkeen käytännön toteutusta on valmistellut ja ohjaa sisäministeriön johdolla kunta- ja palvelurakenneryhymä. Sosiaali- ja terveydenhuollon osakokonaisuutta on valmistellut sosiaali- ja terveysministeriö.

Hankkeen tavoitteena on, että nykyisin kuntien vastuulla olevat palvelut saavat riittävän vahvan rakenteellisen ja taloudellisen perustan turvata

niiden järjestäminen ja tuottaminen tulevaisuudessa siten, että palvelujen laatu ja vaikuttavuus, saavutettavuus ja tehokkuus sekä tekniikan kehittäminen on otettu huomioon. Hanke koskee sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi myös muita kuntasektorin tehtäviä. Sosiaali- ja terveyspalveluille on asetettu oma valmisteluryhmä (www.stm.fi >>ajankohtaista >>kunta- ja palvelurakenneuudistus), joka on tarkastellut sektorin tulevaisuuden haasteita ja palvelujen järjestämistä ja tuottamista vaihtoehtoisissa rakennemalleissa. Ryhmän ehdotukset valmistuvat keväällä 2006. Sosiaali- ja terveydenhuollossa nk. PARAS-hanke jatkaa kansallisen terveydenhuollon hankkeen ja sosiaalialan kehittämishankkeiden linjoilla.

Asettamis päätöksen mukaisesti hankkeessa arvioidaan ja tehdään ehdotus tarkoituksenmukaisista järjestämisvastuualueista kuntien vastuulla oleville lakisääteisille ja kuntien tehtäväkseen ottamille palveluille. Siinä otetaan huomioon palvelujen sisältö ja ominaispiirteet, saatavuus, laatu sekä kuntien kantokyky pitkällä aikajänteellä sekä alueelliset ja kielelliset erityispiirteet. Tarkastelun kohteina ovat kuntajaotuksen muutokset ja kuntarajat ylittävä yhteistyö kaikilla aluetasoilla kunnista valtakunnantasolle saakka.

Lisäksi selvitetään ja edistetään palvelujen parhaiden järjestämis- ja tuottamistapojen käyttöönottoa pitäen silmällä erityisesti palvelujen saatavuutta, laatua, tehokasta tuottamistapaa, tuottavuuden parantamista, tietotekniikan kehitystä ja vaikutusta henkilöstöön.

Hankkeen tehtävänä on myös arvioida palvelujen ohjaus- ja kehittämisjärjestelmiä sekä tutkimusta ja laatia kehittämis ehdotukset. Lisäksi hankkeessa arvioidaan valtion ja kuntien tehtävien ja kustannusten jakoa (valtionosuusjärjestelmän uudistamisen toinen vaihe hankkeeseen soveltuvin osin) ja tehdään tarvittavat esitykset. Peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministeriryhmä on tammikuussa 2006 päättänyt, että ulkomailla asuvien terveydenhoidon rahoitusvastuu sekä lasten seksuaalisen hyväksikäytön selvittämisen ja muiden oikeuspsykiatristen selvittelyjen rahoitusvastuu siirretään kunnilta valtiolle. Siirrot toteutetaan niin, että niillä ei ole vaikutusta valtion ja kuntien keskinäiseen rahanjakoon. Kesään 2006 mennessä etsitään ratkaisut siihen, miten järjestetään erityisen kallis sairaanhoito, hengityshalvauspotilaiden hoito, rikoksesta syytettyjen ja tuomitsematta jätettyjen väkivaltarikollisten hoitovastuu, uusien hoitomuotojen vaikuttavuuden selvittäminen sekä elatustuen siirto kansaneläkelaitokselle, valtakunnallista väestöpohjaa edellyttävien sosiaalihuollon erityispalvelujen turvaaminen ja vammaispalvelut.

Toimeksiannossa todetaan vielä, että aiemmin aloitettuja sosiaali- ja terveysalan sekä opetus- ja kulttuurialan kehittämishankkeita ei ole tarkoitus keskeyttää tai hidastaa. Sosiaali- ja terveysministeriön sektorilla niitä ovat Kansallinen terveydenhuoltoprojekti, Sosiaalialan kehittämishanke ja Alkoholiohjelma sekä Terveys 2015 -ohjelma. PARAS-hankkeessa otetaan huomioon myös tuottavuushankkeen tulokset. Tehtävänä on myös valmistella hankkeen toteutuksen kannalta välttämättömät normatiiviset ja lainsäädännölliset muutokset, jotka koskevat kuntien tehtäviä ja rahoitusta, kuntien palvelujen organisoimista, kuntien yhteistyön toteuttamista sekä kuntajakoa ja sen muuttamista. Valtioneuvoston tavoitteena on päättää linjauksista jo kesäkuussa 2006.

2

Sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden kehityssuunnat

2.1 Väestön terveydentila

Väestön terveys ja toimintakyky määräytyvät monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Suuri osa niistä liittyy elinoloihin, elämäntapaan ja kaikkialla yhteiskunnassa vallitseviin terveyden taustatekijöihin. Kertomuksen luvussa 5 tarkastellaan muiden hallinnonalojen kuin terveys- ja sosiaalisektorin yhteyksiä terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Seuraavassa käsitellään vain terveyden kehitykseen liittyviä elintapoja, joihin vaikuttavat siis paitsi ihmisten käyttäytyminen myös terveellisten valintojen mahdollisuus arkiympäristössä, sekä sairastavuutta joidenkin tautien osalta. Laajemman kuvan suomalaisten terveyden tuoreimmista kehityspiirteistä saa vastikään ilmestyneestä teoksesta Suomalaisten terveys.

2.1.1 Elintavat

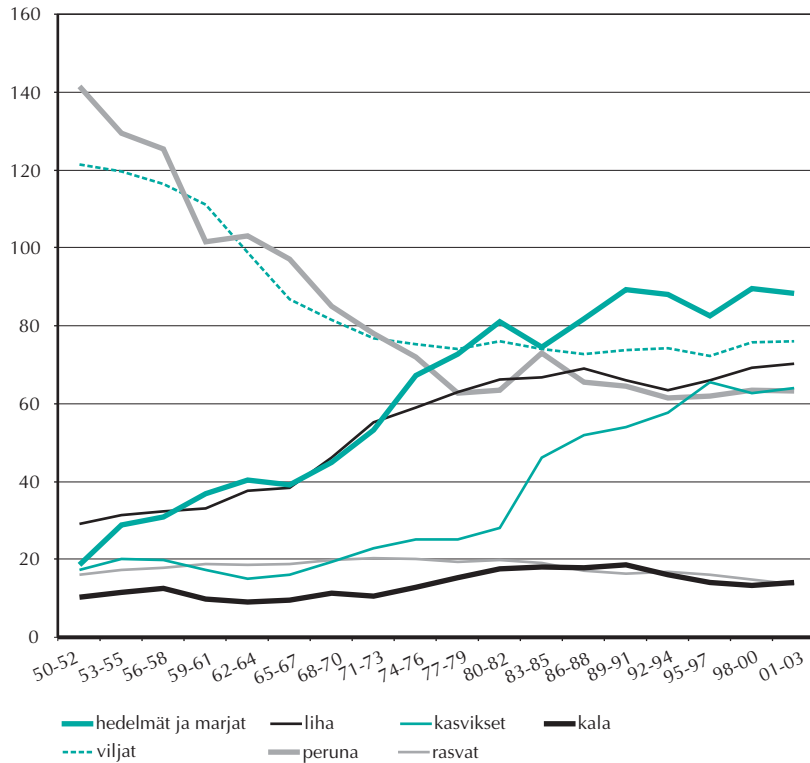
Elintapoihin vaikuttavat ennen kaikkea kulttuuri, koulutus, sosiaaliset tekijät, joukkotiedotus ja yhä enemmän mainonta. Suomalaisten elintapojen kehitys on viime vuosina noudattanut jokseenkin samaa suuntaa kuin useimmissa pitkälle kehittyneissä länsimaissa. Joiltakin osin kehitys on ollut terveyden kannalta myönteistä, mutta monessa tapauksessa suunta on valitettavasti ollut kielteinen. Monella elintapojen piirteellä on vaikutusta vastaiseen terveydentilaan ja toimintakykyyn. Tässä yhteydessä keskitytään sellaisiin elintapoihin, joiden yhteydet väestön terveyteen ovat selvimmät.

Ruoankäyttö ja ravinnon saanti

Suomalaisten ravintotottumukset ovat monelta osin kehittyneet terveyttä edistävään suuntaan. Kovan, etupäässä eläinkunnasta peräisin olevan rasvan käyttö vähenee ja suolan käyttö on pienentynyt. Samaan aikaan

vihannesten ja kasvien käyttö on selvästi lisääntynyt (kuvio 2). Varsinaisia ravintoaineiden puutoksia voi odottaa korkeintaan eräiden vitamiinien niukkuutena henkilöillä, joilla ravitsemus jää erityisten seikkojen vuoksi puutteelliseksi.

KUVIO 2. Suomalaisten vuosittainen ruoka-aineiden kulutus (kg/v) vuosina 1950–2004 ravintotaseen mukaan



Suomalaisten ravinnonsaannin suurin ongelma on ruoan liian suuri määrä energian kulutukseen nähden. Energiansaanti on toistettujen ravitsemustutkimusten mukaan tasaisesti vähentynyt, mutta ravintoa hankitaan usein yhä liikaa päivittäiseen liikuntaan ja muuhun energian kulutukseen suhteutettuna. Siitä syystä lihominen yleistyy.

Ravitsemuksen laatu vaihtelee väestöryhmittäin. Naisten ravitsemus edistää terveyttä yleensä selvästi enemmän kuin miesten. Ravintotottumukset vaihtelevat myös väestöryhmittäin. Vähän koulutetut ja työttömät syövät usein vähemmän terveellistä ruokaa, vaikka Suomessa on mahdollista hankkia terveellistä ruokaa halvalla. On todennäköistä, että valmiudet

ruokavalintoihin ovat riittämättömät ja että sosiaaliryhmien alakulttuurit ohjaavat valintoja edelleen voimakkaasti.

Ravitsemusneuvontaa ei liioin vieläkään ole riittävästi tarjolla. Etenkin terveyskeskuksissa ravitsemusterapeuttien palvelujen tarve ylittää huomattavasti niiden tarjonnan. Siitä on koitunut ongelma muille perusterveydenhuollon ammattiryhmille, joiden koulutus ei välttämättä anna valmiuksia ravitsemusneuvontaan ja joilla ei ole käytettävissään neuvontamenetelmiä.

Liikunta

Suomalaisten liikuntatottumukset ovat toistettujen kyselytutkimusten mukaan pysyneet melko tyydyttävinä, joskin suotuisampi kehitys ei ole ollut kovin nopeaa. Keskimäärin 30–40 prosenttia työikäisestä väestöstä liikkuu säännöllisesti niin paljon, että se on terveyden kannalta varmasti hyödyllistä. Naisten vapaa-ajan liikuntaharrastus lisääntyy hitaasti. Miesten vapaa-ajan liikuntaharrastus on viime vuosina pysynyt suurin piirtein ennallaan. Työn fyysinen rasittavuus on jatkuvasti vähentynyt. Samaan aikaan kaikenlainen arkiliikunta on tasaisesti vähentynyt.

Riittävä liikunta on tärkeä suoja monien kroonisten sairauksien, kuten verenkiertoelinsairauksien, aikuisiän diabeteksen, osteoporoosin ja eräiden syöpätyyppien ehkäisyssä. Liikuntaharrastukset jakaantuvat väestössä epätasaisesti. Eniten liikunnan harrastajia on aikuisissa ja eläkeikäisissä. Työikäisten valtaosa harrastaa liikuntaa niitä vähemmän.

Lihavuus

Lihavuuden yleistymisen uhkaa suomalaisten terveyttä ehkä eniten. Nykyisin viidennes työikäisistä on kiistatta lihavia, minkä lisäksi yli 40 prosenttia on luokiteltu ylipainoisiksi. Lihavuus on yleistynyt erityisesti miehillä, kun se oli aiemmin naisten ongelma. Nyt miehet ja naiset näyttävät olevan yhtä huonossa asemassa. Huolestuttavinta on se, että nuorilla aikuisilla ja lapsilla lihavuus on yleistynyt vielä työikäisiä selvemmin. Lihavuus jakaantuu väestössä epätasaisesti. Lihavimpia ovat vähän koulutetut ja huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevat miehet ja naiset.

Lihavuuden syynä on se, että energiaa hankitaan enemmän kuin kulutetaan. Suurimpia yksittäisiä syitä ovat runsaasti energiaa sisältävien välipalojen suosio ja hyötyliikunnan väheneminen. Myös monet muut nykyiset elämäntavat suosivat lihavuuden yleistymistä.

Lihavuuden tärkeimpiä seurauksia on aikuisiän, tyypin 2, diabeteksen voimakas yleistyminen. Lihavuudesta johtuvien sairauksien lisäksi tyypin 2 diabeteksella on selvästi haitallinen vaikutus psykososiaaliseen hyvinvointiin ja mm. työllistymisedellytyksiin.

Tupakointi

Aikuisten tupakointitottumukset ovat viime vuosina muuttuneet vain vähän. Miesten tupakointi väheni 1960-luvun lopulta 1990-luvun lopulle. Sen jälkeen miesten tupakointitottumuksissa ei juuri ole tapahtunut muutoksia. Keskimäärin 29 prosenttia työikäisistä miehistä tupakoi. Naisten tupakointi lisääntyi vähitellen saman tarkastelujakson alusta 1980-luvun lopulle ja on sen jälkeen pysynyt lähes ennallaan. Työikäisistä naisista tupakoi 19 prosenttia. Nuorten tupakointi on viime vuosiin asti vaihdellut selvästi aikuisia enemmän. Pojilla tupakointi yleistyy murrosiän aikana. Yleisintä, 35 prosentilla, poikien tupakointi on 18 vuoden iässä. Tyttöjen tupakointitottumukset ovat samansuuntaisia, ja 18-vuotiailla tytöillä tupakointi on yhtä yleistä kuin pojilla. Viime vuosina poikien tupakointi on hiukan vähentynyt, mutta etenkin hieman vanhempien tyttöjen tupakointi on yhtä yleistä kuin pojilla.

Tupakointitottumukset vaihtelevat kiistatta sosioekonomisen ryhmän mukaan. Koulutusryhmittäiset erot ovat erityisen suuret nuorilla aikuisilla. Pelkän peruskoulutuksen saaneista tupakoi jopa 60 prosenttia, mutta ylimpään koulutusryhmään kuuluvista vain runsas 10 prosenttia. Väestöryhmien erot tupakoinnissa eivät viime vuosina ole juuri muuttuneet.

Päihteet

Alkoholin ja huumausaineiden käyttö ovat keskeisiä tulevaan terveyteen vaikuttavia elintapoja. Etenkin runsas alkoholin käyttö on jo nyt väestön terveyden keskeinen vaara, jonka merkityksen voi lähivuosina odottaa suurenevan oleellisesti. Näitä tärkeitä kysymyksiä käsitellään tarkemmin tämän luvun kohdassa 2.2.4.

2.1.2 Terveys

Väestön terveyden perinteinen mutta karkea mittari on vuosittain laskettava, kuolleisuuskehitykseen perustuva elinajanodote. Suomalaisen vastasyntyneen elinajanodote on tasaisesti pidentynyt sadan viime vuoden kuluessa. Suomalaisen vastasyntyneen pojan odotettavissa oleva elinikä

oli vuoden 2004 tilastojen mukaan 75,3 vuotta ja tytön 82,3 vuotta. Elinajanodotteet ovat myös viiden viime vuoden aikana hitaasti mutta vakaasti pidentyneet.

Elinajanodote vaihtelee paitsi sukupuolittain myös jonkin verran asuinalueen mukaan. Varhaisessa työiässä saavutettu sosioekonominen asema näyttää määrittävän sitä hyvin vahvasti. Ylempien toimihenkilöiden elinajanodote on niin miehillä kuin naisillakin tuntuvasti pitempi kuin kouluttamattomilla työntekijöillä. Ennusteen sosioekonomiset erot ovat viime vuosina jopa hiukan suurentuneet.

Kuolleisuuden syyt ovat vuosien mittaan vaihdelleet huomattavasti. Niiden kehitykseen ei tässä yhteydessä ole mahdollista puuttua. On kuitenkin todettava, että tietyt väestön terveyden kannalta tärkeät sairaudet, ennen kaikkea verenkiertoelinsairaudet ja syövät, ovat selvästi harvemmin kuolinsyinä. Erityisesti miesten kuolleisuus keuhkosyöpään on vähentynyt. Vastaavasti eräiden muiden syiden osuus on viime vuosina lisääntynyt. Ennen kaikkea alkoholinkäyttöön liittyvien kuolinsyiden osuus on noussut.

Toimintakyky pitää yllä elämänlaatua etenkin iän karttuessa. Siihen vaikuttavat tekijät ovat kuitenkin usein hyvin monisäikeisiä ja yksilöllisiä, joten niiden tutkiminen väestötasolla on vaikeaa. Terveys 2000 -tutkimuksessa (vuosina 2000–2001) pyrittiin edustavalla aikuisväestöotoksella paneutumaan tutkittujen toimintakykyyn mahdollisimman tarkoin. Tutkimuksessa pidettiin erityisesti silmällä vertailukelpoisuutta 20 vuotta aiemmin toteutettuun vastaavanlaiseen väestötutkimukseen.

Mittaukset antavat varsin usein kuvan, että suomalaisten toimintakyky on 20 viime vuoden aikana selvästi kohentunut etenkin varhaisessa eläkeiässä. Kun esimerkiksi sekä 35-vuotiaiden miesten että naisten elinajanodote on parinkymmenen vuoden aikana pidentynyt 3–4 vuotta, lisäys on kokonaan terveitä, ei toimintarajoitteisina vuosia. Vanhusväestö kokee terveytensä kohentuneen jatkuvasti. Vaikka lisääntyneet elinvuodet ovat pääosin terveitä, vanhusväestön lukumäärän kasvaminen lisää luonnollisesti palvelutarvetta.

Terveyttä horjuttavien sairauksien ja vammojen kehitystä on mahdollonta esittää lyhyesti. Niinpä seuraavassa esitetään tietoja vain väestön terveyden kannalta tärkeimmistä sairausryhmistä. Yksityiskohtaisempi kuvaus sairastavuuden nykykehityksestä Suomessa on koottu edellä mainittuun Suomalaisten terveys -teokseen.

Astma ja allergiat

Tärkeimmät allergiset sairaudet ja oireet sekä niiden todettu tai arvioitu esiintyvyys on esitetty taulukossa 2. Atopiaan (herkkään immunoglobuliini E -tuotantoon) liittyvä allergia on selvästi lisääntynyt 40 vuoden aikana, mutta tilanne näyttää tasaantuvan. Allergiset sairaudet rasittavat suuren väestönsosan terveyttä, terveydenhuoltoa ja kansantaloutta. Allergiat ovat usein elämänmittaisia immuunijärjestelmän häiriöitä, jotka ilmenevät ihossa, suolistossa ja hengityselimissä tulehdusreaktioina, inflammationsa.

Allergiaan vaikuttavat ratkaisevasti ympäristön altisteet, elinolot ja -tavat. Maatalousympäristön on todettu suojaavan lasta. Ilmeisesti kyse on altistumisesta maaperän mikrobeille veden, ravinnon ja ilman kautta. Mikrobit (niin patogeenit kuin ei-patogeenit) muokkaavat luontaista immunitettia ja lisäävät kykyä sietää ärsykejä. Infektioita aiheuttavat mikrobit tehostavat muun mikrobiston vaikutusta hankitun immunitetin avulla.

Anafylaksia on äkillinen allerginen reaktio, joka voi johtaa sokkiin ja kuolemaan. HYKS:n iho- ja allergiasairaalaan on perustettu anafylaksiarekisteri, joka kokoaa ja välittää tietoa terveydenhuollolle ja väestölle. Ruoka-aineet, lääkkeet ja hyönteiset aiheuttavat eniten vakavia reaktioita, joiden määrä näyttää olevan kasvussa.

Lasten ruoka-allergiat ovat jatkuvasti suureneva ongelma. Myös koko ajan lisääntyvä lääkkeiden käyttö tuottaa paljon yliherkkyysoireita, jotka ovat yli kolmasosan ilmoitetuista lääkehaitoista. Astma on vakavin hengitysteiden allerginen sairaus, joka aiheuttaa edelleen runsaasti sairaalahoitoa ja myös kuolemantapauksia. Erityiskorvattavien lääkkeiden saajista astmapotilaat ovat verenpainepotilaiden jälkeen toisena. Suomalainen astmaohjelma (1994–2004) on onnistunut vähentämään astman haittoja ja pysäyttämään kustannusten kasvun. Astmaan sairastumista ei kuitenkaan ole pysäytetty. Kouluikäisistä lapsista sairastaa astmaa 6–8 prosenttia (taulukko 2).

Suurin osa allergisista oireista on lieviä ja haittaa vain ajoittain, esimerkiksi siitepölyaikaan. Allergioiden oireita voidaan hoitaa tehokkaasti lääkkeillä. Nykylääkkeet eivät kuitenkaan muuta allergian luontaista kulkua oleellisesti. Tulevaisuudessa hoito siirtyy enemmän immunologisen toleranssin kehittämiseen, jolloin potilaiden parantunut sietokyky allergeeneille ja ärsykeille voi todella parantaa sairauden ennustetta ja vähentää komplikaatioita.

TAULUKKO 2. Allergisten sairauksien vallitsevuus suomalaisilla

NUHA	
• allerginen nuha	30 %
• allerginen nuha muuttuu vuosien mittaan astmaksi	20–30 %
• siitepölyille allergisia	20 %
• koivun siitepölylle allergisia	10–15 %
• hajusteille yliherkkiä	5 %
SILMÄT	
• silmän sidekalvon allerginen tulehdus	10–15 %
ASTMA	
• lapset ja aikuiset	6–8 %
• astman kaltaisia oireita (usein astman esiaste)	5 %
IHO	
• atoppinen ihottuma	20 %
• nikkeliallergia, nuoret aikuiset	20–30 %
• kumiallergia (lateksi)	1 %
RUOKA	
• ruokayliherkkyys	lapsista 5–10 % aikuista 2–4 %
• lisäaineet	0,1 %
HOME	
• oireita	1–2 %
• homeallergia	hyvin harvinaista
ELÄIN	
• eläinallergia	5–10 %

Lähde: Haahtela Tari, HYKS, Iho- ja allergiasairaala 2005

Diabetes

Diabetes on aineenvaihduntasairaus, jossa solut eivät pysty käyttämään elimistön tärkeää energialähdettä, glukoosia, hyväkseen. Tavallisimmin häiriön aiheuttaa elimistön täydellinen insuliininpuutos, jolloin kyseessä on tyypin 1 eli nuoruusiän diabetes. On myös mahdollista, että insuliini vaikuttaa puutteellisesti ns. insuliiniresistenssin takia. Siitä johtuvaa sairautta nimitetään tyypin 2 eli aikuisiän diabetekseksi. Diabetes kuuluu kroonisiin sairauksiin, jotka yhä enemmän huonontavat väestön terveyttä.

Tyypin 1 diabetes on harvinaisempi. Sitä sairastaa noin 15 prosenttia kaikista diabeetikoista. Nykyisin Suomessa on noin 40 000 tyypin 1

diabetespotilasta. Suomessa taudin ilmaantuvuus on maailman suurinta, ja sen on todettu yleistyvän jatkuvasti. Tyypin 1 diabeteksen syntyä ei valitettavasti tunneta niin hyvin, että sairaus olisi ehkäistävissä.

Tyypin 2 diabetes on yleisin diabetesmuoto, ja sitä sairastaa tällä hetkellä arviolta 200 000 suomalaista. Tauti kehittyy suhteellisen hitaasti eikä välttämättä aiheuta oireita. Niinpä tarkemmissa laboratoriotutkimuksissa voidaan lähes yhtä suurella joukolla todeta tyypin 2 diabetes, vaikka asianomaisilla ei ole ollut mitään oireita. Diabetestyyppi on huomattavan yleistä maassamme ja sen yleistyminen näyttää jatkuvan. Voidaan jopa arvioida, että parinkymmenen vuoden kuluttua puolella miljoonalla suomalaisella on lääkärin toteama diabetes. Tyypin 2 diabeteksen tärkeimmät vaaratekijät ovat lihavuus ja riittämätön liikunta. Elintapoihin kytkeytyvät vaaratekijät ovat selvästi yleistyneet.

Diabetes voi aiheuttaa ongelmia veren glukoosivaihtelun vuoksi, mutta huomattavasti tärkeämpiä ovat kummankin diabetestyyppin pitkän ajan komplikaatiot: silmänpohjamuutokset, munuaisten vajaatoiminta sekä hermoston toimintahäiriöt. Lisäksi diabetes nopeuttaa verenkiertosairauksien ilmenemistä. Suomessa on vastikään käynnistetty laaja diabeteksen ehkäisy- ja hoitokokeilu (DEHKO), jonka toivotaan vähentävän diabeteksen rasitusta terveydenhuollolle ja yksilöille. Alustavien rekisteritutkimustietojen perusteella näyttää siltä, että ainakin verenkiertoelinsairauksista johtuvat diabeteksen komplikaatiot vähenevät maassamme.

Mielenterveys

Mielenterveysongelmat ovat viime vuosina nousseet tärkeimmiksi työkyvyttömyyden aiheuttajiksi. Psykkiset oireet ovat yleisiä, mutta läheskään aina ne eivät alenna työ- ja toimintakykyä vakavasti ja pysyvästi tai kerro mielenterveyden häiriöstä. Pikemminkin ne kuvastavat väestön psyykkistä kuormittumista. Psykkisten oireiden luotettava kansainvälinen vertailu on vaikeaa, mutta näyttää siltä, että suomalaisten oirehtiminen on jokseenkin samalla tasolla kuin muissakin teollistuneissa maissa.

Depressio on yleinen ja kansanterveydelle merkittävä mielenterveyden häiriö. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 30 vuotta täyttäneistä naisista 7 prosenttia ja miehistä 4 prosenttia oli viimeksi kuluneen vuoden aikana kokenut vakavan masennustilan. Masennuslääkkeiden käyttö on viime vuosina huomattavasti yleistynyt. Se ei silti kuvastane niinkään depression yleistymistä kuin hoitomahdollisuuksien parane-

mista. Väestötutkimusten mukaan masennus ei juuri ole yleistynyt 20 viime vuoden aikana.

Varsinaisia mielisairauksia eli psykooseja sairastavat vievät valtaosan psykiatrisen sairaanhoidon voimavaroista. Aikuisväestöstä vajaat 2 prosenttia on jossain elämänsä vaiheessa sairastunut psykoosiin. Vakavimmat mielenterveyshäiriöt eivät ole viime vuosina lisääntyneet vaan kenties jonkin verran vähentyneet.

Päihteistä koituvat mielenterveyden häiriöt ovat todennäköisesti terveydenhuollon kasvava ongelma. Täsmällistä tietoa niiden yleisyyden kehityksestä ei kuitenkaan ole käytettävissä. Terveys 2000 -tutkimuksen haastattelujen mukaan 7 prosentilla miehistä ja 2 prosentilla naisista oli viimeksi kuluneen vuoden aikana vakavia alkoholiriippuvuuden oireita.

Dementia

Dementialla tarkoitetaan aivosairauksia, joiden ominaispiirteenä on pahe-neva muistihäiriö. Lopulta potilas ei enää kykene huolehtimaan itsestään. Yli puolet dementikoista potee primaarista aivosairautta, joista yleisin on Alzheimerin tauti. Muiden potilaiden muutokset ovat valtaosin kehittyneet verenkiertohäiriön pohjalta.

Dementiaa sairastavien määrä on kasvanut Suomessa tuntuvasti. Se johtuu pääasiassa ikärakenteen muutoksesta (ks. myös luku 3.7.9). Väestötutkimusten perusteella arvioidaan, että vuonna 2005 keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairasti 85 000 suomalaista. Varmuudella ei tiedetä, onko myös dementian ilmaantuvuus kasvanut. Mutta dementia on varmasti sairaus, joka vaatii terveydenhuollolta jatkuvasti lisää voimavaroja.

Alzheimerin taudin vaaratekijöitä ei toistaiseksi tunneta kovin tarkkaan. Tuoreimpien tutkimusten mukaan on kuitenkin tärkeitä, että monien verenkiertoelinsairauksia lisäävien tekijöiden on havaittu lisäävän dementian vaaraa. Siksi niiden hallinta on tärkeää myös dementian ehkäisemiseksi.

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Mini-Suomi -tutkimuksen (1978–1980) perusteella arvioitiin, että miljoonalla suomalaisella oli krooninen tuki- ja liikuntaelinsairaus (TULE). Yleisimpiä ja kalleimpia olivat alaselän sairaudet sekä lonkan ja polven nivelrikot. Toinen miljoona suomalaista poti tilapäisiä selkä- ja nivelvairvoja. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan yleisimmät TULE-sairaudet ovat

harvinaistuneet. Suotuisa kehitys johtuu pääasiassa selän oireyhtymien harvinaistumisesta molemmilla sukupuolilla ja polvinivelrikon harvinaistumisesta naisilla.

Selän ja kantavien nivelten kivut ja kolotukset ovat kuitenkin työikäisillä suomalaisilla nykyään yhtä yleisiä kuin yli 20 vuotta sitten. Eläkeläisväestössä kivut ovat jopa yleistyneet. Tulokset eivät kuitenkaan ole ristiriidassa pitkäaikaisten TULE-sairauksien suotuisan kehityksen kanssa, sillä kipujen yleisyyden muutoksissa ikä-sukupuoliryhmittäin näkyy vahva sukupolvi-vaikutus: vanhimmissa ikäryhmissä terveydentila ei ollut parantunut kuten nuoremmassa. Se ennakoii myös kipuoireiden vähenemistä lähivuosina.

Keskeisten riskien kuten fyysisen kuormituksen, tapaturmien ja monien elintapatekijöiden kehitys väestössä on ollut pääasiassa suotuisaa, mutta vanhimmissa ikäryhmissä näkyy vielä aiempien elämänvaiheiden vaaratekijöiden kumulatiivinen vaikutus. Miesten lihavuus on yleistynyt suuresti, mikä voi selittää polven nivelrikon hitaampaa harvinaistumista miehillä kuin naisilla ja polvivaivojen yleistymistä iäkkäillä miehillä.

Kahdenkymmenen viime vuoden aikana on puhuttu lisääntyvästi kokonaan uusista TULE-sairauksista, kuten osteoporoosi ja fibromyalgia, vaikka ne lienevät ennenkin olleet yleisiä. Hoitoa vaativaa osteoporoosia on arveltu esiintyvän vajaalla puolella miljoonalla suomalaisella.

Noin joka viides avohoidon lääkärisäkäynti tehdään TULE-vaivojen takia. Yleissairaaloissa hoidetuista potilaista TULE-sairauksien osuus on vajaat 10 prosenttia, hoitopäivistä noin 5 prosenttia. Työkyvyttömyyseläkkeistä TULE-sairaus on syynä joka neljanteen, yksilöllisistä varhaiseläkkeistä joka toiseen ja Kelan korvaamista päivärahakausista joka kolmanteen. TULE-sairauksien suoriksi kustannuksiksi on arvioitu 583 miljoonaa euroa (11 prosenttia kaikkien sairauksien kustannuksista) ja työpanosmenetyksiksi 2 miljardia euroa (21 %) vuodessa. Vastaavat vammojen arviot ovat 317 miljoonaa (6 %) ja 1,5 miljardia euroa (16 %), mutta luvuissa ovat mukana muutkin kuin TULE-vammat.

Kansanterveydelle tärkeimpien TULE-sairauksien riskejä ovat liikapainoisuus, liikunnan puute, tupakointi, tapaturmat ja työn kuormitustekijät. Terveellisinä pidetyt elintavat ehkäisevät siis myös tuki- ja liikuntaelin-sairauksia. Siksi terveyden edistämisen tulisi olla päälinja tuki- ja liikuntaelinsairauksien torjunnassa.

TULE-ongelma ilmenee pikemminkin eräänlaisena jatkumona kuin selvästi tunnistettavana potilasjoukkona. Vaivoja on lähes kaikilla ainakin

joskus, kolmasosa aikuisväestöstä on kehittänyt kroonisen TULE-sairauden, joista noin puolet huonontaa toimintakykyä ja haittaa jokapäiväistä selviytymistä, mutta vaikea vammaisuus on harvinaista. Jakauman vaikeampi puolisko näyttäisi siis madaltuvan hitaasti, mutta tautikirjon muutoksen seurauksena krooninen TULE on yhä luonnehdittavissa yli miljoonan suomalaisen ongelmaksi. Iso osa TULE-sairauksista olisi ainakin teoriassa ehkäistävissä, joten niiden yleisyyteen tulisi suhtautua pikemmin haasteena kuin ongelmana.

Verenkiertoelinsairaudet

Verenkiertoelinsairaudet ovat olleet pitkään Suomen kansanterveyden keskeinen kuormittaja. Vajaa puoli vuosisataa sitten suomalaisten työikäisten miesten kuolleisuus merkittävimpään verenkiertoelinsairauteen, sepelvaltimotautiin, oli maailman kärjessä ja naisetkin olivat sen tuntumassa. Kolmen viime vuosikymmenen aikana niin sepelvaltimotaudin kuin muidenkin valtimosairauksien ilmaantuvuus on dramaattisesti vähentynyt eritoten työikäisissä. Edullisen kehityksen katsotaan juontuvan pääosin taudin vaaratekijöiden parantuneesta hallinnasta.

Sepelvaltimotauti on yhä Suomen tärkein verenkiertoelinsairaus. Sen tärkeimmät ilmenemismuodot ovat äkillinen sydäninfarkti, raskautukseen liittyvä rintakipu, angina pectoris, tai sydänperäinen odottamaton äkki-kuolema. Sairaus alkaa yleistyä myöhäisessä työiässä, mutta ilmaantuvuus nousee suhteellisen jyrkästi iän mukana. Naiset sairastuvat yleensä selvästi miehiä vanhemmalla iällä. Tarkkaa lukua sepelvaltimotautia sairastavien määrästä ei ole käytettävissä, mutta vuoden 2004 lopussa 193 000 kansalaisella oli Suomessa lääkkeiden erityiskorvausoikeus sepelvaltimotaudin vuoksi. Korkea verenpaine, veren korkea rasvapitoisuus, tupakointi ja diabetes ovat sen tärkeimpiä vaaratekijöitä. Työikäisten kuolleisuus tautiin on vähentynyt 30 viime vuoden aikana lähes 80 prosenttia. Silti se kuormittaa kansanterveyttä merkittävästi, sillä sairastuvuuden painopiste on siirtynyt eläkeikään. Yli 75-vuotiaiden sairastuvuus ei juuri ole viime vuosikymmeninä muuttunut. Väestön ikääntymisen takia niin sairastuneiden absoluuttinen määrä kuin terveyspalvelujen kuormitus sepelvaltimotaudin vuoksi on pysynyt joko samana tai jopa kasvanut.

Aivoverisuonten tukoksesta tai aivoverenvuodosta johtuva aivohalvaus on toiseksi tärkein verenkiertoelinsairaus. Se on ilmaantunut viime vuosikymmeninä samaan tapaan kuin sepelvaltimotauti. Aivohalvauksen

ylivertainen vaaratekijä on korkea verenpaine. Ilmaantuvuuden väheneminen on suurelta osin johtunut verenpaineen paremmasta hallinnasta. Vaikka nuorempien sairastuvuus on vähentynyt, aivohalvaukseen sairastuneiden määrä on pysynyt jokseenkin ennallaan mutta keskittynyt vanhempiin ikäryhmiin.

Verenkiertoelinsairauksien vaaratekijät ovat kehittyneet suotuisasti jo kauan, mutta viime vuosina niin verenpaineen kuin veren kohonneiden rasva-arvojenkin hyvä kehitys on pysähtynyt ja osin jopa kääntynyt nousuun. Aikuisväestön tupakointi ei ole moneen vuoteen vähentynyt olennaisesti. Erityisen huolestuttavaa on, että lihominen ja sen seurauksena tyypin 2 diabetes on huomattavasti yleistynyt. Vaaratekijöiden kehitys ennakoi sairastuvuuden muuttuvan vuosien kuluttua. Nykytiedot vaaratekijöistä antavat osviittaa siitä, että verenkiertoelinsairauksien merkitys kansanterveydelle vain kasvaa. Epäsuotuisa kehitys voidaan kääntää vain vähentämällä vaaratekijöitä määrätietoisesti, mikä onnistuu useimmiten yksinkertaisilla elintapojen muutoksilla.

Suun terveys

Suomalaisten aikuisten suun terveydestä on tietoa Terveys 2000 -tutkimuksessa (2000–2001). Sen menetelmät olivat paljolti samat kuin 20 vuotta sitten toteutetussa Mini-Suomi -tutkimuksessa, mikä mahdollistaa vertailun. Maanlaajuisessa tutkimuksessa havainnoitiin ensimmäistä kertaa röntgentutkimuksella sellaisia hoidontarvetta aiheuttavia löydöksiä, joita ei havaita kliinisessä suun tutkimuksessa.

Olennainen muutos kahdessa vuosikymmenessä oli aikuisten suun terveyden huomattava paraneminen, mikä näkyi hampaattomuuden ja karieksen sairastavuuden vähenemisenä. Hampaattomuus väistyy työikäisten ryhmissä ja hammaskaries on vähentynyt puoleen kaikissa ikäryhmissä. Naisten ja miesten erot hampaattomuuden yleisyydessä olivat vähentyneet erityisesti työikäisessä väestössä. Aikuisilla oli vuonna 2000 aiempaa enemmän hampaita ja ne olivat hyväkuntoisempia. Hoitopalvelujen käytön lisääntyminen näkyi paikattujen hampaiden lukumäärän kasvuna. Myönteisistä muutoksista huolimatta suun sairaudet olivat yhä yleisiä. Erityisesti hampaiden kiinnityskudossairaudet olivat suomalaisten aikuisten ongelma jopa nuorimmilla tutkituilla eli 30–34-vuotiailla.

Suun omahoidon määrä ja laatu olivat yhtä puutteellisia kuin 20 vuotta sitten. Omahoito oli vähäisintä peruskoulutetuilla, jotka ovat huonon

suunterveyden riskiryhmä. Naiset huolehtivat suun puhdistamisesta selvästi paremmin kuin miehet, mikä näkyy suunterveyden eroina. Naiset käyttivät miehiä useammin hammashoitopalveluja. Hoitamaton kariesta oli vähän ja valtaosa (70 %) kasaantui vain noin 10 prosentille kaikista hampaallisista. Hampaiden kiinnityskudossairaudet ovat yleisin suun sairaus. Niitä oli kahdella kolmasosalla aikuisista, myös nuorilla aikuisilla. Tätä nykyä omatoiminen suun puhdistus ei riitä pitämään kiinnityskudoksia terveinä. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Aikuisten (30 vuotta täyttäneiden) suun ja hampaiden terveydentilan ja käyttäytymistä kuvaavien tietojen jakautumat (%) koulutusasteen mukaan

	Peruskoulutus		Keskiaste		Korkeakouluaste	
	miehet	naiset	miehet	naiset	miehet	naiset
Hampaiden harjaaminen vähintään kahdesti/vrk (hampaalliset)	33	66	44	78	64	85
Hammashoidossa vuoden aikana käyneet	41	45	53	63	63	72
Hampaattomuus	24	34	5	10	1	2
Irrotettavat hammasproteesit	48	61	19	25	11	10
lentaskuhampaiden lukumäärä (ka) hampaallisilla	5,7	3,4	5,5	3,4	4,4	4,4
Hampaiden määrä (ka) hampaallisilla	18,7	17,9	24,5	23,7	26,3	26,0
Paikkaushoitoa tarvitsevat hampaat	1,8	0,9	1,5	0,7	0,8	0,5
Terveet hampaat	7,9	6,3	10,7	9,4	11,6	10,9

Lähde: Terveys 2000 -tutkimus

Suomalaisten aikuisten suunterveys on kehittynyt myönteisesti kaikissa väestöryhmissä, mutta sosioekonomisten ryhmien erot eivät ole 20 vuodessa kaventuneet, pikemmin on viitteitä niiden kasvamisesta. Erot ilmenivät erityisesti ryhmittelyssä koulutusasteen mukaan (taulukko 3). Se voi johtua hammashoitopalvelujen käytön sekä suunterveyttä edistävien omahoitotapojen epätasaisesta jakaantumisesta. Peruskoulutuksen saaneet käyttivät hammashoitopalveluja vähemmän ja heidän omahoitonsa oli huonompaa

kuin muiden. Miesten ja naisten suunterveyden ja terveystapojen erot olivat 20 vuodessa pienentyneet, mutta ne olivat edelleen merkittäviä etenkin hoitopalvelujen käytössä ja omahoidossa. Suurempi osa naisista kuin miehistä hakeutui hammashoitoon useammin. Naiset myös kävivät hoidossa miehiä säännöllisemmin ja huolehtivat suuhygieniastaan miehiä paremmin. Myös naisten suunterveys oli useimpien kliinisten mittareiden ja röntgentutkimuksen mukaan parempi kuin miesten. Poikkeuksen muodostivat purentatoiminnan häiriöt ja niihin liittyvät kipuoireet, joita oli naisilla enemmän kuin miehillä.

Terveys 2000 -tutkimuksessa suunterveyden sekä suun sairauksien esiintyvyyden erot ikäryhmien välillä olivat suuria. Nuorimmassa aikuisten ikäryhmässä (30–34-vuotiaat) suunterveys oli kliinisten mittareiden mukaan selvästi parempi kuin muissa ikäryhmissä. Keski-ikäisten (45–64-vuotiaiden) suun terveyttä luonnehti paikattujen hampaiden, kiinnityskudossairauksien ja röntgenologisten löydösten suuri määrä. Hampaattomien osuus iäkkäimmistä tutkituista oli suuri, ja suurella osalla oli irrotettavia hammasproteeseja. Niiden käyttäjillä todettiin runsaasti limakalvomuutoksia ja proteesien korjaustarvetta. Hammasproteettisen hoidon tarvetta arvioitiin olevan melko paljon sekä keski-ikäisillä että iäkkäillä. Ikäryhmien suunterveyden erot johtuvat osaksi iän mukana tapahtuvista muutoksista mutta osaksi epäilemättä eri ajankohtina syntyneiden ja eri oloissa eläneiden ihmisten elintapojen ja palvelujen käytön eroista.

Lasten hampaiden terveys oli huomattavasti parempi vuonna 2000 kuin 1985. Viisivuotiailla ja 12-vuotiailla reikiintyneiden, paikattujen tai poistettujen maitohampaiden määrä lasta kohti oli laskenut alle puoleen. Tervehampaisten osuus 12-vuotiaista oli myös yli kaksinkertaistunut. Vuonna 1985 kaksitoistavuotiaista 15 prosenttia oli tervehampaisia, kun vastaava luku vuonna 2000 oli 38 prosenttia. Suomessa lasten ja nuorten suun terveys ei ole kuitenkaan juuri kohentunut sitten vuoden 1994, ja alle kouluikäisillä on viitteitä muutoksesta huonompaan.

Tartuntataudit

Vuoden 2003 aikana ilmaantunut SARS-epidemia osoitti uudella tavalla, miten globaaleja tarttuvat taudit nykyisin voivat olla. Muutama tuhat tautitapausta Aasiassa ja Kanadassa häiritsi matkustuselinkeinoa koko maailmassa ja aiheutti taloudellisia menetyksiä epidemia-alueilla. Suo-

messä varauduttiin SARS-epidemiaan ohjeistamalla terveydenhuolto ja antamalla matkustussuosituksia. Epidemiauhan vuoksi selvitettiin eristyksessä toteutetun hoidon kapasiteetti, joka todettiin riittämättömäksi ja jota lisättiin lisätalousarviollla vuosina 2003–2004.

Suomi oli 2000-luvun alkuun saakka Hollannin ja muiden Pohjoismaiden ohella maailman kärkisijoilla sairaalainfektioiden vähäisyydessä. Antibiooteille vastustuskykyiset stafylokokkibakteerit (MRSA) lisääntyivät voimakkaasti vuosina 2003–2004. Vuonna 2004 julkaistiin MRSA-infektioiden torjuntaan uudet asiantuntijasuosituks, jotka koskevat myös pitkäaikaishoitoa. Vuosina 2004–2005 kehitettiin voimakkaasti sairaalainfektioiden torjuntaa ja siihen ohjattiin myös valtion varoja. Vuoden 2005 jälkimmäisellä puoliskolla saatettiin todeta toimien jo kohentaneen tilannetta ja MRSA- lukujen kääntyneen laskuun.

Tarttuviin tauteihin läheisesti liittyvä ongelma on antibioottiresistenssi, mikrobien muuttuminen vastustuskykyisiksi mikrobilääkkeille. Pitkäjänteisellä, antibioottien järkevään käyttöön tähtäävällä lääkäreiden koulutuksella ja ohjeistuksella resistenssitilanne ei ole merkittävästi huonontunut, kuten muualla on tapahtunut.

Klamydia on tavallisin rekisteröitävistä sukupuoliteitse tarttuvista taudeista. Infektio on usein oireeton ja tärkeimpiä lapsettomuuden aiheuttajia. Klamydian esiintyvyys on pysynyt tasaisen korkeana. Klamydia on erityisen yleistä nuorilla naisilla ja tytöillä.

Suonensisäiseen huumeiden käyttöön liittyvien uusien HIV/AIDS-tapausten määrä jatkoi laskuaan vuosituhannen vaihteeseen ajoittuneen epidemian jälkeen. Laskun syynä ovat tehokkaasti käynnistetty ja jatkuvasti laajentunut terveysneuvonta ja mahdollisuus vaihtaa neuvoja matalan kynnyksen toimipisteissä. Seksuaaliteitse välittyneet uudet tartunnat ovat tarkastelujaksona lievästi lisääntyneet.

Suomen rokotusohjelman kattavuus on maailman huippuluokkaa. Lasten rokotusohjelma uudistettiin vuoden 2004 alusta. Pistosten määrää vähennettiin lisäämällä yhdistelmärokotteita. Hinkuyskän ehkäisyyn käytetty kokosolurokote vaihdettiin uudenaikaiseen, soluttomaan rokotteeseen, jonka käyttö mahdollistaa myös tehosterokotusten antamisen kouluiässä. Näin voidaan ehkäistä koululaisten epidemioita ja rokottamattomien vastasyntyneiden henkeä uhkaavia infektioita.

Kertomusjaksolla kehitettiin määrätietoisesti Kansanterveyslaitoksen ylläpitämää tartuntatautirekisteriä tehostamalla, lisäämällä ja nopeuttamalla

rekisteriin perustuvan epidemiologisen tiedon välittämistä paikallistasolle. Tartuntatautilakia ja -asetusta muutettiin perustuslain edellyttämällä tavalla ja säädökset saatettiin vastaamaan aiempaa paremmin sairaalainfektioiden torjunnan tarvetta. Zoonoosien, eläimistä ihmisiin tarttuvien tautien ehkäisyä kehittämään perustettiin ministeriöiden ja asiantuntijalaitosten yhteinen zoonoosikeskus.

Kolmen viime vuosikymmenen aikana oli alettu uskoa, että tartuntataudit on voitettu ja että ne eivät enää ole merkittävä uhka väestön terveydelle Suomen kaltaisessa maassa. Kertomuskaudella käsitystä on jouduttu tarkistamaan. Vuonna 2005 käynnistettiin tehokas influenssapandemiaan varautuminen, koska H5N1-viruksen lintuinfluenssaepidemia Aasiassa harvoin ihmistartuntoineen osoittautuivat toistaiseksi pysyväksi ilmiöksi. Vaarana on, että virus muuntautuu ihmisestä toiseen tarttuvaksi ja aiheuttaa maailmanlaajuisen epidemian. Suomessa on varauduttu mahdolliseen maailmanlaajuiseen influenssaepidemiaan, pandemiaan, hankkimalla viruslääkkeitä ja varaamalla rokotetta koko väestölle. Sosiaali- ja terveysministeriö on kehottanut sairaanhoitopiirejä päivittämään valmiussuunnitelmansa influenssapandemian varalta. Kansallista valmistautumista varten perustettiin vuonna 2005 hallinnonalojen yhteinen pandemiaan varautumisen työryhmä. Suomi osallistui EU:n pandemiaharjoitukseen marraskuussa 2005 ja sai harjoituksesta tärkeitä aineksia kansallisen pandemiasuunnitelman viimeistelyyn. Varautumissuunnittelussa on ilmennyt tarve vahvistaa epidemioiden torjunnan voimavaroja sekä kansallisesti että alueellisesti.

Tulevaisuuden haasteet

Suomalaisten terveys on viime vuosina monin osin kohentunut. Sairastuvuuden suotuisasta kehityksestä huolimatta sairastuneiden määrä suurenee ikärakenteen muutoksen takia. Työikäisten verenkiertoelinsairauksien vähenemistä pidetään suomalaisena menestystarinana. Niiden painopiste on siirtynyt iäkkäämpien ryhmiin, joten niiden rasitus terveydenhuollolle ei ole paljon muuttunut. Terveystieteiden suurimmat haasteet koituvat kuitenkin yleistyvistä sairauksista. Niitä ovat ennen kaikkea aikuistyyppinen diabetes, alkoholiin kytkeytyvät sairaudet ja vammat sekä allergiset sairaudet. Haasteena ovat myös väestöryhmien väliset terveyserot, jotka eivät ole kaventuneet, kun ylempien sosioekonomisten ryhmien terveys on parantunut muita ryhmiä nopeammin.

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat ovat terveyden edistämisen suuria haasteita. Näiden tapaturmien määrä on pitkällä aikavälillä kasvanut, vaikka liikenne- ja työtapaturmien määrä on vähentynyt. Tapaturmien ehkäisyllä voidaan nopeasti vähentää sekä inhimillistä kärsimystä että kustannuksia.

Verenkiertoelinsairauksien kuolleisuuden 1970-luvulta alkanut väheneminen on pitkän, johdonmukaisesti kehitetyn terveystalouden tulos. Vain neljäsosa muutoksesta perustuu parempaan lääketieteelliseen hoitoon, loput on saatu aikaan terveyttä edistämällä. Esimerkki osoittaa, että pitkäjänteinen työ voi kohentaa väestön terveyttä ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia merkittävästi. Samaa kustannussäästöä ei olisi voitu saavuttaa millään lääketieteellisellä tai terveysteknologisella toimella tai organisaatiomuutoksella.

Suuri osa yleistyvistä sairauksista on ehkäistävissä elintapoja kohentamalla. Niinpä väestön terveyteen liittyvien tietojen ja taitojen sekä helposti sovellettavan, viranomaisten varmentaman tiedon saannin lisääminen ovat tärkeitä tavoitteita. Se ei kuitenkaan yksin riitä. Yhtä tärkeää on kiinnittää huomiota terveellisiin vaihtoehtoihin.

Haasteena on, miten horisontaalisen terveystalouden kokemusta sekä näyttöä terveyssektorin ja muiden hallinnonalojen, järjestöjen, teollisuuden ja liike-elämän yhteistyön kannattavuudesta voitaisiin hyödyntää ehkäisemään muita kansantauteja ja edistämään koko väestön terveyttä. Eri hallinnonalojen yhteyksiä terveyteen kuvataan tarkemmin kertomuksen luvussa 5.

2.2 Väestön sosiaalinen hyvinvointi

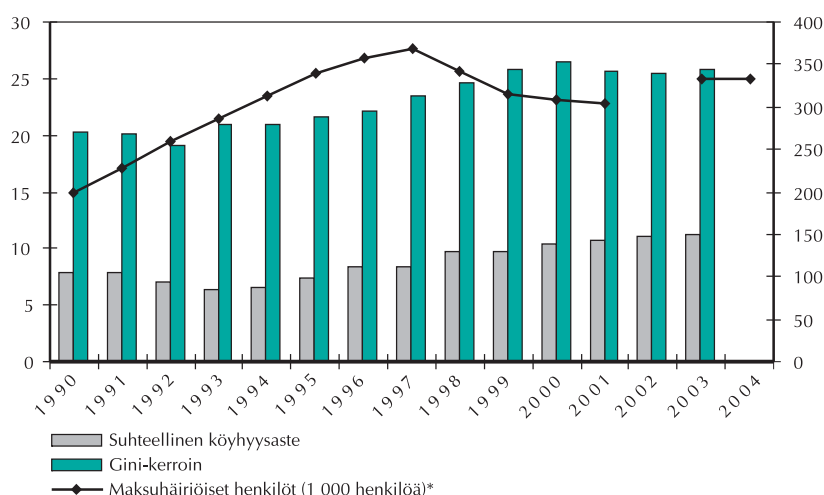
2.2.1 Taloudellinen tilanne

Tuloerot kasvaneet

Tuloerojen kasvu taittui vuosituhaten vaihteessa ja 2000-luvun alkuvuosina erot jopa hieman kaventuivat. Tuoreimpien tilastojen mukaan tuloerot kuitenkin kasvoivat jälleen vuonna 2003. Sen syynä on ylempien luokkien tulojen voimakas kasvu. Tosin vuonna 2003 paras tulokehitys oli jakauman ääripäissä, alimmassa ja ylimmässä tulokymmenyksessä. (Kuvio 3.)

Saatujen tulonsiirtojen tuloeroja tasaava vaikutus⁷ pysyi vuonna 2003 ennallaan pariin aikaisempaan vuoteen verrattuna. Maksettujen tulonsiirtojen eli verotuksen ja veroluonteisten maksujen tuloeroja tasaava vaikutus sen sijaan laski vuonna 2003. Se selittyy todennäköisesti pääomatulojen kasvulla, joka on alentanut verotuksen progressiivisuutta. Tulonsiirtojärjestelmän yhteisvaikutus tuloerojen tasaajana laski 2003 edellisvuodesta puoli prosenttiyksikköä 44,3 prosenttiin.

KUVIO 3. Tulonjaon, tuloköyhyyden ja luottohäiriöiden kehitys vuosina 1990–2004



* Vuoden 2003 ja 2004 tiedot eivät suoraan vertailukelpoisia aiempien tietojen kanssa tilastointimuutoksen vuoksi.

** Lähteet: Tilastokeskuksen tulonjakotilasto, Asiakastieto Oy:n luottotietorekisteri.

Pienituloisten määrän kasvu tasaantunut

Pienituloisten määrä kasvoi edelleen 2002–2003 mutta huomattavasti hitaammin kuin 1990-luvun lopulla. Suhteellisella köyhyysrajalla (60 prosenttia mediaanitulosta) mitaten 11,2 prosenttia väestöstä luettiin pienituloiseksi 2003. Kasvua edellisvuodesta oli 0,2 prosenttiyksikköä. (Kuvio 3.) Köyhyysraja lasketaan koko perheen tuloista, joten eri väestöryhmien köyhyysastetta tarkastellaan usein perheen viitehenkilön mukaan.

⁷ Tulonsiirtojärjestelmän tuloeroja tasaava vaikutusta arvioidaan vertailemalla kuinka paljon ansio- ja pää-omatuloista laskettu Gini-kerroin eroaa käytettävistä olevista tuloista lasketusta Gini-kertoimesta.

Viitehenkilö on se perheenjäsen, jolla on suurimmat henkilökohtaiset tulot. Pahimmassa köyhyysriskissä ovat kotitaloudet, joiden viitehenkilö on opiskelija, työtön tai pelkän kansaneläkkeen saaja.

län mukaan suurimmassa köyhyysriskissä ovat 16–24-vuotiaat. Vanhempien tulojen perusteella voidaan laskea köyhyysaste myös lasten parissa. Alle 18-vuotiaiden köyhyysasteesta käytetään usein nimitystä lapsiköyhyysaste. Vuonna 2003 se oli ensimmäistä kertaa korkeampi kuin koko väestön köyhyysaste, 11,9. Köyhyys on kasvanut lasten parissa voimakkaammin kuin koko väestössä kymmenen viime vuoden aikana.

Työttömyyden kasvu ja työllistymisvaikeudet koskettivat erityisesti työmarkkinoille laman jälkeen tulleita uusia sukupolvia, joihin yhä useampi nykyisten lapsiperheiden vanhemmista kuuluu. Lapsiperheiden köyhyyden kasvu liittyy 1990-luvulla havaittuun laajempaan sukupolvien välisen tulonjaon muutokseen, jossa nuoret ovat siirtyneet tulonjaossa alaspäin suhteessa vanhempiin ikäluokkiin. Kehitys selittyy nuorten vaikeuksilla kiinnittyä työmarkkinoille sekä todennäköisesti myös työeläkejärjestelmällä: yhä useammalla 1990-luvulla eläkkeelle siirtyneellä on kohtuullinen työeläke.

Velkajärjestely helpottanut ylivelkaantuneita

Ylivelkaantunut voi hakea yksityishenkilön velkajärjestelyä kotipaikkakuntansa käräjäoikeudelta. Ennen käsittelyä selvitetään mahdollisuus sovintoratkaisuun velkojien kanssa.

Kunnan talous- ja velkaneuvijat toimivat tarvittaessa välittäjinä ylivelkaantuneiden ja velkojien sovintoneuvotteluissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuki ja neuvonta ylivelkaantuneelle sisältää myös sosiaali- ja terveyspalveluja, toimeentulotuen ja sosiaaliseen luototuksen. Kunnilla on mahdollisuus perustellusta syystä myöntää sosiaalista luototusta henkilölle, jolla ei pienituloisuutensa vuoksi ole muulla tavoin mahdollisuutta saada kohtuuehtoista luottoa ja joka kykenisi suoriutumaan luoton takaisinmaksusta.

Maksu- ja luottohäiriöisten henkilöiden lukumäärä kasvoi voimakkaasti laman aikana ja laski 1990-luvun lopussa. Maksuhäiriöisten määrä on asiantuntija-arvioiden mukaan hieman kasvanut 2003 ja 2004. Kehityksen arviointia hankaloittaa tilastoinnin muutos, jonka vuoksi vuotta 2003 vanhemmat tiedot eivät ole täysin vertailukelpoisia uusimpien tilastojen kanssa. Uusin tieto joulukuulta 2004 ilmoittaa maksuhäiriöisten

määräksi 331 000. (Kuvio 3.) Luku on suunnilleen sama kuin ulosotto-velallisten määrä, joka on vaihdellut 2000-luvulla vuosittain 310 000:sta 350 000:een.

Velkajärjestelyyn pääsyä helpotettiin vuonna 2003, ja velkajärjestelylain muutosta on pidetty onnistuneena. Helpottaminen on tosin lisännyt maksuhäiriömerkintöjen määrää, sillä velkajärjestelystä tulee merkintä maksu- ja luottohäiriörekisteriin. Toisaalta velkajärjestelyyn pääsy on auttanut ihmisiä pääsemään pois maksuhäiriörekisteristä.

2.2.2 Työllisyys ja työttömyys

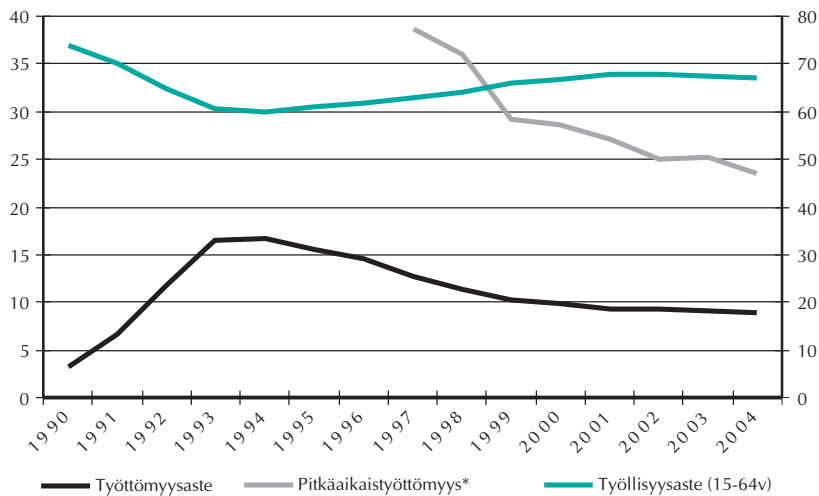
Työllisyysaste noussut

Kesäkuun 2005 työllisyysaste oli 68 prosenttia. Työllisiä oli 40 000 enemmän kuin vuotta aiemmin. (Kuvio 4.) Työllisistä palkansaajien määrä kasvoi, mutta yrittäjien väheni. Työllisyys lisääntyi vuosien 2004 ja 2005 välisenä aikana ennen kaikkea rakentamisessa, kaupassa ja sosiaalipalveluissa. Työpaikat lisääntyivät koko maassa lukuun ottamatta Lapin lääniä. Työllisyyden kohentumista selittävät osa-aikaisten ja määräaikaisten työsuhteiden kasvu. Kesäkuussa 2005 niitä oli 47 000 enemmän kuin vuotta aiemmin.

Työllisyysasteen lasku 1990-luvulla ei johtunut pelkästään työttömyyden kasvusta vaan myös työvoimaan kuulumattomien (ei työllinen eikä työtön) osuus nousi. Erityisesti miehillä työvoimaan kuulumattomien osuus on kasvanut voimakkaasti, noin 26 prosentista 31 prosenttiin. Naisilla työvoimaan kuulumattomien osuus on kasvanut noin 35 prosentista 37 prosenttiin.

Työllisyysaste on noussut seitsemän, kahdeksan prosenttiyksikköä syvimmän laman aikaisesta 60 prosentin työllisyysasteesta (vuonna 1994). Työllisyysaste on silti edelleen noin seitsemän prosenttiyksikköä alempi kuin ennen lamaa vuonna 1990, jolloin työllisyysaste oli 74 prosenttia (kuvio 4). Työllisyysasteen nostaminen nykyisestä 68 prosentista lamaa edeltävälle tasolle vaatisi vielä yli 200 000 uuden työpaikan luomista Suomeen.

KUVIO 4. Työllisyysasteen, työttömyysasteen ja pitkäaikaistyöttömyyden kehitys vuosina 1990–2004



* Yli vuoden työttömänä olleiden osuus kaikista työttömistä

Lähde: Tilastokeskuksen Työvoimatutkimus, Eurostat

Työttömyys laskenut pitkäaikaistyöttömyyttä nopeammin

Työttömyys laski voimakkaasti 1990-luvun lopulla laman huippulukemista, mutta vuosituhanen vaihteen jälkeen työttömyyden lasku hidastui selvästi talouskasvun hidastumisen vuoksi. Vuonna 2004 työttömyysaste oli 8,9 prosenttia (kuvio 4). Alkuvuoden 2005 tietojen mukaan työttömyys on yhä jatkanut laskuaan: kausivaihtelusta tasoitettu työttömyysaste oli kesäkuussa 8,2. Myös pitkäaikaistyöttömyys on laskenut edelleen vuosituhanen alussa mutta huomattavasti vähemmän kuin 1990-luvun lopulla (kuvio 4). Vuonna 2004 yli vuoden työttömänä olleiden osuus työttömistä oli 24 prosenttia. Se on noin prosenttiyksikön vähemmän kuin vuotta aiemmin. Pitkäaikaistyöttömyys on yleisempää miehillä kuin naisilla.

Työllisyyden koheneminen on näkynyt myös työvoimatoimistoissa työttömien työnhakijoiden määrän vähenemisenä. Kesäkuussa 2005 työttömiä työnhakijoita oli 11 000 vähemmän kuin vuotta aiemmin, nyt yhteensä 284 000. Myös työhallinnon koulutus- ja tukityöllistämistoimien piirissä olevien ihmisten määrä oli vähentynyt kesäkuussa 2005 yhteensä 78 900 henkilöön. Työttömyys on laskenut kaikissa muissa paitsi korkeimmin koulutettujen ja hallinto- ja toimistotyön ammattiryhmissä.

2.2.3 Asunnottomuus

Hallitusohjelma ja ohjelmat asunnottomuuden vähentämiseksi

Paavo Lipposen toinen hallitus asetti tavoitteekseen vähentää asunnottomuutta, minkä pohjalta Ympäristöministeriö käynnisti asunnottomuuden vähentämisohjelman vuosille 2001–2003. Pääministeri Matti Vanhasen hallitus jatkoi vähentämisohjelmaa vuoteen 2005. Lisäksi valtio ja pääkaupunkiseudun kunnat hyväksyivät alueelle erillisen ohjelman vuosiksi 2002–2005. Sen tavoitteeksi asetettiin hankkia 4 000 uutta asuntoa asunnottomille joko rakentamalla tai ostamalla. Syksyllä 2005 tavoitteesta uupui vielä noin 1 000 asuntoa.

Pääkaupunkiseudun kunnat ovat laatineet myös asunnottomien asumispalvelujen kehittämissuunnitelman. Sen huomio kohdistuu asunnottomuuden yleisen vähentämisen ohella myös edistämään vaikeasti asutettavien asumispalveluja, asumisen tukea ja neuvontaa. Sitä varten on perustettu seudullinen yhteistyöverkosto, joka on saanut rahoitusta sosiaali- ja terveysministeriön kansallisesta terveydenhuollon hankkeesta (ks. luku 4.2.1).

Kehittämissuunnitelman hankkeille pyritään turvaamaan kuntien, Valtion asuntorahaston ja Raha-automaattiyhdistyksen rahoitus. Tarkoitus on myös selvittää, miten vaikeimmin asutettavien tuki- ja asumispalvelujen käyttökustannukset rahoitetaan. RAY on tukenut aiempien vähentämisohjelmien hankkeita. Myös jatkossa se osoittaa kilpailusäädösten puitteissa investointi-, toiminta- ja projektiavustuksia asunnottomien tukiasumiseen ja vuokra-asuntojen hankintaan asunnottomille.

Ympäristöministeriö koordinoi asunnottomuuden vähentämistä valtakunnallisesti ja pääkaupunkiseudulla. Pienten vuokra-asuntojen tarjontaa on pyritty edistämään muun muassa uuden tukijärjestelmän avulla. Vuoden 2005 alusta astui voimaan Laki avustuksista erityisryhmien asuntoolojen parantamiseksi (1281/2004). Sen nojalla Valtion asuntorahasto voi myöntää avustusta muun muassa asunnottomille tarkoitettujen asuntojen rakentamiseen, hankintaan ja perusparantamiseen.

Asunnottomuus vähentynyt, mutta asunnottomien moniongelmaisuus lisääntynyt

Asunnottomuus on viime vuosina vähentynyt. Vuoden 2004 marraskuussa oli vajaat 7 700 yksinäistä asunnotonta. Perheitä ja pariskuntia oli ilman asuntoa noin 350. Marraskuussa 2000, ohjelmia aloitettaessa, yksinäisiä asunnottomia oli noin 10 000 ja perheitä lähes 800. Ohjelmien lisäksi asunnottomuutta on helpottanut myös asuntomarkkinatilanne: vuokra-asuntoja on koko maassa hyvin tarjolla. Asuntoviranomaisten mukaan jonoja on lähinnä vain yksioihin.

Sen sijaan ulkona, porrashuoneissa ja ensisuojoissa majoilevien määrät ovat pysyneet vuosia lähes samalla tasolla, noin 500 hengessä. Asunto-loissa asuvien määrä on laskenut vain hieman, vuonna 2004 heitä oli runsaat 1 400. Heidän asunnottomuutensa kestosta ja palvelujen ja hoidon tarpeesta ei ole tehty valtakunnallisia selvityksiä.

Pääkaupunkiseudun kuntien asunto- ja sosiaaliviranomaisten mukaan tavalliseen asuntoon olisi sijoitettavissa noin 30 prosenttia pääasiassa sukulaisten ja tuttavien luona majoilevista asunnottomista. Tukiasuntoa tarvitsisi joka neljäs asunnoton. Yli 40 prosenttia asunnottomista tarvitsi sosiaali- ja terveydenhuollon tehostettuja asumispalveluita. Osa heistä ei hae asuntoa, vaikka sosiaalitoimessa asioidessaan ilmoittavat olevansa sitä vailla. Ryhmässä on runsaasti paikasta toiseen liikkuvia nuoria.

Moniongelmaiset jäävät usein vaille hoitoa ja asumispalveluja

Stakesin ns. ensisuojoverkosto tuottaa tietoa vaikeimmin asutettavista, muun muassa mielenterveysongelmaisista ja kaksoisdiagnoosiasiakkaista, jotka usein putoavat väliin ja jäävät vaille hoitoa. Erityisesti mielenterveyskuntoutujien asumispalveluihin vaaditaan tavallisesti päihdeettömyyttä. Päihdepalveluihin otetaan vain muutama mielenterveysongelmainen kerrallaan. Sairaalaan pääsy on vaikeaa, ellei pyrkijä ole tarpeeksi sairas. Hoitojaksot ovat lyhyitä ja kotiutusosoitteena on usein ensisuoja tai asuntola. Nuorten osuus vaikeasti asutettavista on kasvanut.

Kuntien talouden kiristyminen on johtanut siihen, että moniongelmaisille asunnottomille tarkoitettuja erityispalveluja on niukasti tai ei lainkaan. Moniongelmaisten asunnottomien hoidon ja asumisen järjestäminen, tukihenkilötoiminta ja asumisneuvonta ovat jääneet sosiaali- ja terveydenhuollon muiden tavoitteiden varjoon.

2.2.4 Päähteet

Alkoholin kulutus kasvoi

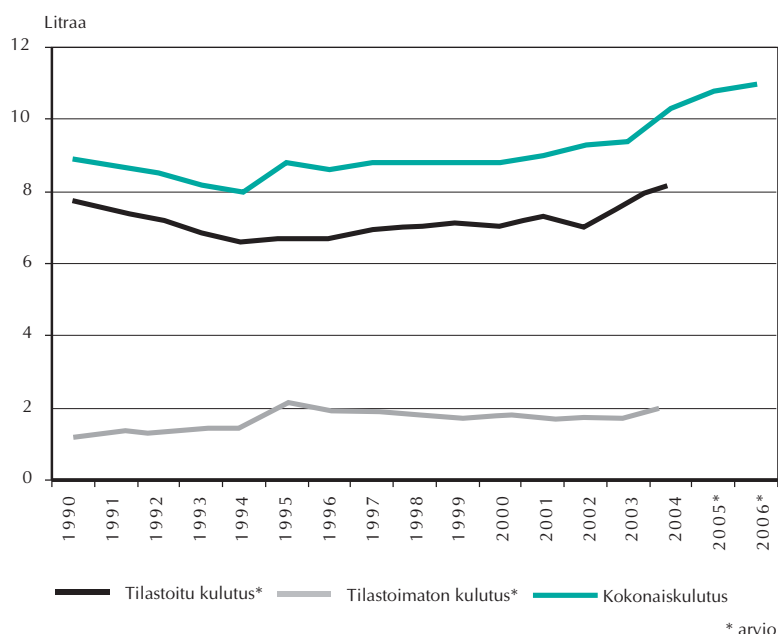
Vuonna 2004 Suomen alkoholiolot muuttuivat merkittävästi. Omaan käyttöön tuodun alkoholin matkustajakiintiöt muista EU-maista poistuivat tammikuun alussa. Verottoman alkoholin tuonti Virosta tuli mahdolliseksi toukokuun alussa, kun maa liittyi Euroopan unioniin. Sitä ennakoiden Suomen alkoholiveroja alennettiin maaliskuun alussa keskimäärin 33 prosenttia siten, että väkevien juomien verot laskivat eniten.

Veronalennuksen seurauksena viinojen hinnat alenivat keskimäärin 36 prosenttia ja muiden väkevien alkoholijuomien 28 prosenttia. Viinien hinnat laskivat 3 prosenttia. Elintarvikeliikkeissä veronalennus laski keskioluen hintoja. Keskioluesta tuli tarjoustuote, jonka hinta on ajoittain ollut alle puolet Alkon hinnoista. Viron EU-jäsenyys ja maahantuontikiintiöiden poistaminen lisäsivät matkustajatuontia vuonna 2004 lähes 70 prosenttia. Viron tuonnin osuus vuoden 2004 kulutuksesta oli 9 prosenttia ja muista maista tuodun viinan osuus 5 prosenttia. Laillinen kotivalmistus väheni yhä ja salakuljetus laski selvästi.

Hinnanalennukset ja tuonnin vapautuminen kasvattivat alkoholin kulutuksen 2004 kaikkiaan 10,3 litraan 100-prosenttista alkoholia asukasta kohti. Tilastoimattoman kulutuksen osuus kasvusta oli 2,1 litraa. Suhteellisesti eniten lisääntyi väkevien alkoholijuomien vähittäismyynti. (Kuvio 5, ks. myös 5.2.10.)

On odotettavissa, että kulutus ja sen mukanaan tuomat haitat kasvavat edelleen vuoden 2005 aikana, koska vuonna 2004 alhaisemmat verot olivat voimassa kymmenen kuukautta ja suuria alkoholimääriä oli mahdollista tuoda Virosta kahdeksan kuukauden ajan. Lisäksi kesä 2004 oli kolea. Kotimaisen alkoholinmyynnin arvioitiin lisääntyneen vuoden 2005 tammi-helmikuussa noin 8 prosenttia edellisen vuoden vastaaviin kuukausiin verrattuna. Lisäksi matkustajatuonti näyttää vuoden 2005 ensimmäisellä neljänneksellä lisääntyneen 60 prosenttia edellisen vuoden vastaavaan aikaan verrattuna.

KUVIO 5. Alkoholin kokonaiskulutus 100-prosenttisena alkoholina asukasta kohden vuosina 1990–2006



Lähde: Päihdetilastollinen vuosikirja 2004

Alkoholinkäytön kasvu lisännyt sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja

Pitkän ajan kuluessa Suomen alkoholinkulutus on kasvanut voimakkaasti. Runsaassa 30 vuodessa Suomi on kivunnut alhaisen alkoholinkulutuksen maasta Euroopan keskikaartiin. Vaikka kulutus on kasvanut, se jakaantuu edelleen erittäin epätasaisesti. Kymmenesosa väestöstä, niin naisista kuin miehistäkin, juo nykyään lähes puolet alkoholista, aivan kuten 30 vuotta sitten. Suurin osa alkoholin terveys- ja sosiaalihaitoista kasaantuu väestönosaan, joka kuluttaa suurimman osan alkoholista, eli suurkuluttajille ja osin kohtuukäyttäjille.

Suomen alkoholinkulutuksen kasvu 2,6-kertaiseksi vuodesta 1968 vuoteen 2002 on lisännyt merkittävästi kuolleisuutta ja sairastavuutta. Alkoholiksi on nyt toiseksi yleisin työikäisten kuolinsyy sekä miehillä että naisilla. Alkoholisairauksien hoitajaksojen määrä on lähes kaksinkertaistunut sitten vuoden 1969. Lähinnä alkoholisairauden perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä kuusinkertaistui vuosina 1968–2002. Päihtyneiden säilöönottojen määrä laski vuoteen 1997 asti, mutta on

jälleen noussut vuonna 2004 kaikkiaan 105 819:een. Alkoholilla on vahva yhteys tapaturmiin, väkivaltaan ja väkivallan uhriksi joutumiseen. Huomattava osa tapaturmista sattuu alkoholin vaikutuksen alaisena. Noin kaksi kolmasosaa tai enemmänkin poliisin tietoon tulleista pahoinpitelyistä ja henkirikoksista tehdään humalassa. Kodin ulkopuolelle vanhempien tai huoltajien päihteiden käytön takia sijoitettujen lasten ja nuorten määrä on viime vuosina kasvanut (ks. luku 3.7.9.).

Tähän mennessä valmistuneitten tilastojen perusteella ei voi vielä tarkkaan nähdä, miten vuonna 2004 tapahtunut ja vuodelta 2005 odotettu kulutuksen kasvu näkyy alkoholihaittojen määrässä. Aiemman kehityksen nojalla kuitenkin tiedetään, että kulutuksen kasvu lisää haittoja. Niinpä vuonna 2004 alkoholisairauksiin ja -myrkytyksiin kuoli enemmän suomalaisia kuin koskaan aiemmin. Edelliseen vuoteen verrattuna alkoholikuolemien määrä kasvoi 19 prosenttia. Kulutuksen toteutunut ja mahdollisesti jatkuva kasvu ilmenee yhä suurempina terveys- ja sosiaaliongelmoina.

Huumeiden käytön kasvu taantumassa

Huumeiden käytöstä ja huumeongelmista on viime vuosina tullut myös rauhoittavia tietoja. Muun muassa nuorten omien huumekekeilujen ja heidän tuttavapiirinsä huumeenkäytön on havaittu tasaantuneen tai vähentyneen. Huumekuolemat ja huumeenkäyttäjien hiv-tartunnat ovat vähentyneet. Huumeista johtuvan sairastavuuden ja poliisin tietoon tulleen huumerikollisuuden kasvu on taantunut (ks. 4.2.5).

Alkoholin kulutuksen kasvu herättää kysymyksen, mitä se merkitsee huumeiden käytölle. Sitä esiintyy Suomessa nimenomaan rinta rinnan humalahakuisten juomatapojen kanssa. Nuorten huumeenkäyttö yleistyi pienellä viiveellä nuorten juomisen lisääntymisestä niin 1960- ja 1970-luvun vaihteessa kuin 1990-luvullakin. Huumeita käyttäviä suomalaisia ei näyttäisi ohjaavan vaihtoehtoisuus vaan pikemminkin vahva kiinnostus sekä alkoholista että huumeista saataviin päihdekokemuksiin. Siihen viittaa myös tieto, että huumeiden kokeilu ja lääkkeiden väärinkäyttö ovat selvästi yleisintä sen kymmenesosan joukossa, joka kuluttaa eniten alkoholia.

Huumeiden käyttö ei viime aikoina ole lisääntynyt, mutta sen tiivis kytkös alkoholin käyttöön sisältää mahdollisuuden, että alkoholin kulutuksen kasvu saattaa kääntää myös huumekekeilut ja huumeenkäytön uudelleen nousuun erityisesti nuorilla.

2.2.5 Väestön turvattomuus

Rikosten pelko vähentynyt, mutta väkivaltaan varautuminen lisääntynyt

Suomessa rikosten pelkoa on pyritty mittaamaan noin viiden vuoden välein (1988, 1993 ja 1997) tehdyillä haastatteluilla, joista tuorein valtakunnallinen mittaus tehtiin 2003. Sen mukaan huoli väkivallan uhriksi joutumisesta väheni edellisestä vuosikymmenestä. Väkivaltaan varautuminen on kuitenkin koko ajan lisääntynyt. Vuonna 2003 kolmekymmentäkuusi prosenttia suomalaisista oli ainakin jonkin verran huolissaan väkivallan kohteeksi joutumisesta liikkueensa iltaisin ulkona, kun vastaava osuus 1997 oli 45 prosenttia. Myös kodin lähistöllä liikkumista yksin jalkaisin myöhään illalla pelkäsi tai halusi välttää vajaa neljännes vastaajista 2003 ja runsas neljännes 1997. Jollain tavoin väkivaltaan varautui 2003 lähes puolet haastatelluista. Varautuminen esimerkiksi itsepuolustuskurssi käymällä onkin kaksinkertaistunut 15 vuodessa. Kansainvälisten uhrihaastattelujen mukaan näyttää kuitenkin siltä, että Euroopan pohjoisissa sosiaaliturvavaltioissa pelätään vähiten ja perhekeskeisissä heikon sosiaaliturvan maissa taas eniten.

Naiset ilmaisevat väkivallan pelkoa useammin kuin miehet. Naiset pelkäävät joutuvansa seksuaalisen häirinnän, rikoksen ja lähisuhdeväkivallan kohteeksi. Miehillä väkivallan riski on enemmän tilanne- ja paikkakohtaista kuten esimerkiksi pelkoa tulla öiseen aikaan ryöstetyksi. Väkivallan pelko ei näytä kovin paljon vähentyvän tai lisääntyvän iän myötä. Kaupungeissa rikoksia pelätään enemmän kuin harvaan asutulla maaseudulla, ja etenkin pääkaupunkiseudulla asuvat nuoret naiset pelkäävät eniten.

Rikollisuuden pelko ja rikoksiin varautuminen lisääntyivät vuosien 1988 ja 1997 välisenä aikana. Pelko lisääntyi vaikka rikollisuuden määrä laski. Sen sijaan väkivallan pelko väheni vuosien 1997 ja 2003 välillä, vaikka väkivallan määrä ei olennaisesti muuttunut.

Perheiden sisäinen turvattomuus

Perheväkivaltarikokset lisääntyneet

Perheväkivallasta vain osa tulee viranomaisten tietoon, eikä pari- ja lähisuhdeväkivallan ja lasten seksuaalisen hyväksikäytön epäilyistä kerätä systemaattisia tilastoja. Siksi perheiden sisäisen turvattomuuden todellista esiintyvyyttä on vaikea arvioida.

Poliisin tietoon tulleissa perheväkivaltarikoksissa (pahoinpitely, tappo tai murha, seksuaalinen hyväksikäyttö, raiskaus) oli 2004 yhteensä 3 911 uhria eli 10 prosenttia enemmän kuin edellisenä vuonna. Lähestymiskieltoja vuonna 2004 määrättiin noin 1 700, mikä oli 70 prosenttia enemmän kuin 1999. Samana vuonna noin 16 000 poliisin kotihälytystehtävää luokiteltiin perheväkivallaksi.

Suurin osa perheväkivallasta kohdistuu naisiin. Kuolleisuusluvuissa on kuitenkin tapahtunut etenkin naisten osalta myönteistä kehitystä. Kun vuonna 1996 puolisonsa tai partnerinsa surmaamana kuoli 30 naista, niin vastaava luku vuonna 2003 oli 13.

Pari- ja lähisuhdeväkivallan uhreille ja tekijöille suunnatut palvelut ovat koko maassa edelleen puutteelliset ja palvelujen saannin alueelliset erot suuret. Erityispalvelut ovat keskittyneet suuriin kaupunkeihin pääosin järjestöjen tuottamina. Turvakotipaikkoja ei ole riittävästi eivätkä ne kata koko maata. Turvakoodeissa on vuosittain käynyt noin 3 500 asiakasta. Palveluissa on liian vähän myös väkivallan kohtaamisessa tarvittavaa kulttuurisidonnaista osaamista esimerkiksi ympärileikkauksen uhkaamien tyttöjen tai miestensä parituksen kohteeksi joutuvien naisten auttamiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyohjelma esitellään luvussa 4.2.5. Ministeriö on lisäksi julkaissut 2004–2005 oppaita naisiin kohdistuvan parisuhdeväkivallan seulontaan äitiys- ja lastenneuvolassa sekä väkivaltaa kokeneiden maahanmuuttajanaisten auttamiseen.

Lasten seksuaalisen hyväksikäytön epäilyt ja hyväksikäyttö lisääntyneet

Lasten seksuaalisen hyväksikäytön epäilyjen selvitykset ovat lisääntyneet. Ilmeisesti ammatillinen henkilöstö ja suuri yleisökin havaitsevat mahdollisen hyväksikäytön aiempaa paremmin. Vuonna 2004 poliisin tietoon tuli yhteensä 126 perheessä tapahtunutta seksuaalisen hyväksikäytön ja törkeän seksuaalisen hyväksikäytön rikosta, joista 120 kohdistui alle 14-vuotiaisiin ja kuusi 15–20-vuotiaisiin. Suurin osa uhreista oli tyttöjä.

Stakes uudisti 2003 ohjeet lasten pahoinpitelyn ja seksuaalisen hyväksikäytön epäilyjen selvittämisestä. Suosituksen mukaan sosiaali- ja terveystoimi ei tee itsenäistä rikostutkintaa, vaan tapauksista tehdään ilmoitus poliisille, joka johtaa esitutkimusta ja tekee tarvittaessa virka-apupyynnön. Selvitykset keskitetään pääasiassa keskussairaaloihin. Ohjeet

ovat selkiyttäneet sosiaali- ja terveysviranomaisten ja poliisin työnjakoa hyväksikäyttöepäilyissä.

Turvattomuuden tunne saattaa lisätä yksinasuvien ikääntyneiden palveluntarvetta

Ikääntyminen lisää yksin asumista. Vuonna 2004 yksin asuvia oli 46 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Osuus oli noin kaksi prosenttia suurempi kuin 1990. Yksin asumisen katsottiin jo 1970-luvun lopulla aiheuttavan turvattomuutta. Silloin se katsottiin ongelmaksi lähinnä heikkokuntoisille vanhuksille, mutta 1980-luvun aikana turvattomuus määrittyi kaikkien yksin asuville ikääntyneiden ongelmaksi. Yksin asuvien turvattomuudessa on kyse lähinnä psyykkisistä tekijöistä. Vaikka yksin asuvat ja toimintakyvyltään heikentyneet ihmiset kykenisivät asumaan omassa kodissaan, pelko siitä, että hädän sattuessa ei ole ketään, kenen puoleen kääntyä, saattaa edistää ikääntyneiden hakeutumista palvelutaloihin tai -asuntoihin.

Ikääntyneiden turvallisuudentunnetta on kohta 20 vuotta pyritty lisäämään teknisin apuvälinein, kuten hälytysjärjestelmin, turvapuhelimen tai -rannekein. Niillä voidaan osittain kompensoida työntekijöiden henkilökohtaista apua ja läsnäoloa, mutta niillä ei kyetä ratkaisemaan yksin asuvien kokemaa yksinäisyyttä.

Taloudellinen turvattomuus riski lasten hyvinvoinnille

Hallitus antoi eduskunnalle lapsipoliittisen selonteon keväällä 2002. Vilka-kaassa keskustelussa lasten turvattomuuden on arveltu lisääntyneen muun muassa siksi, että arkiympäristö suosii yhä isompia yksiköitä. Kunnat ovat keskittäneet päivähoitoa ja kouluja tasapainottaakseen talouttaan. Päiväkotien ja koulujen ryhmät ovat kasvaneet ja peruspalvelut ovat heikentyneet. Se on vaikeuttanut varhaista puuttumista ongelmiin, mikä on lisännyt lastensuojelun tarvetta. Useissa kunnissa on laadittu lapsipoliittisia ohjelmia. Sosiaali- ja terveysministeriö on Sosiaalialan kehittämishankkeeseen liittyen ryhtynyt kehittämään lapsiperheiden toimeentuloedellytyksiä.

Köyhien lasten ja lapsiperheiden osuuden kasvu on hälyttävää lasten turvattomuuden kannalta. Lapsiperheiden köyhyydestä on saatu uutta tutkimustietoa. Köyhien lapsiperheiden vanhemmat ovat joko nuoruutensa tai vähäisen koulutuksensa takia heikossa asemassa työmarkkinoilla. Köyhissä ja pienituloisissa perheissä on myös useampia ja nimenomaan pikkulapsia kuin muissa. Niissä tulonsiirtojen osuus käytettävissä olevista

tuloista on noin kolminkertainen muihin lapsiperheisiin verrattuna, joten lapsilisien, vanhempainpäivärahojen ja kotihoidon tuen aleneminen 1990-luvulla kosketi erityisesti niitä. Lapsiperheiden tulonsiirtoja on korotettu kertomuskaudella (ks. tarkemmin 3.4.3).

3

Sosiaali- ja terveydenhuolto

3.1 Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut

3.1.1 OECD:n arvio Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön OECD:n arviointi Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä (www.oecd.org) julkistettiin 7.12.2005. Edellisen kerran OECD arvioi Suomen terveydenhuoltoa vuonna 1998 osana vuosittaista kansantalouden maa-arviota. Arviointi vauhditti terveydenhuollon kehittämiskeskustelua, joka sitten muotoutui kansalliseksi terveydenhuollon hankkeeksi.

Arvioinnin mukaan Suomen järjestelmä pärjää hyvin kansainvälisessä vertailussa. Vuonna 2003 terveydenhuoltomenot olivat 7,4 prosenttia Suomen bruttokansantuotteesta, mikä oli selvästi vähemmän kuin OECD-maissa keskimäärin (8,8 %). Yleisesti ottaen julkisen terveydenhuollon palvelujärjestelmän kustannukset ovat hyvin hallinnassa. Suomalaiset ovat myös tyytyväisempiä terveydenhuoltoonsa kuin monien muiden OECD-maiden asukkaat.

Terveydenhuollon tekninen laatu on hyvä, ehkäisevää työtä on painotettu ja henkilöstön ammattiosaaminen on korkeatasoista. Monet vaikuttavuus- ynnä muut mittarit kertovat muita maita keskimäärin paremmista tuloksista. Esimerkiksi sydän- ja verisuoniperäinen kuolleisuus on laskenut 30 vuodessa selvästi, syöpäseulontoja järjestetään kattavasti, munuaissiirtoja on hyvin saatavilla ja kiireelliseen lonkkamurtuman korjausleikkaukseen pääsee nopeasti.

OECD:n arvioijat pitivät hyvänä uudistuksia kuten kansallista hanketta terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Toimet eivät OECD:n näkemyksen mukaan kuitenkaan riitä. Teknologinen muutos ja kansalaisten kasvavat odotukset kasaavat paineita. Lisäksi Suomen väestö ikääntyy aikaisemmin kuin useimmissa muissa maissa, mikä on järjestelmälle iso haaste.

OECD:n mielestä Suomen järjestelmän ongelmia kansainvälisesti vertaillen ovat erityisesti kovaa vauhtia nousevat lääkekustannukset ja sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän luonne, terveydenhuollon henkilöstön saanti ja pitkät hoitojonot. Muiden maiden kokemusten perusteella raportissa esitetään huoli siitä, että hoitotakuu-uudistuksesta odotetut muutokset eivät välttämättä ole pysyviä (raporttia laadittaessa ei tiedetty hoitotakuun toteutumisen tuloksista).

OECD kannustaa Suomea uudistamaan terveydenhuoltojärjestelmän rakenteita, jotta järjestelmän kestävä rahoitus ja voimavarojen tehokas käyttö pystytään takaamaan. Raportissa esitetään kannusteita, joilla terveydenhuollon toimijoita voidaan ohjata sekä suoritteiden määrän että laadun huomioon ottavaan kustannustehokkuuteen.

OECD moittii kansalaisten epätasa-arvoista hoitoon pääsyä ja viittaa jo aiempiin kansainvälisiin selvityksiin, että tuloryhmät ovat yleislääkäripalvelujen käytössä hyvin eriarvoisia. Työssäkäyvä väestö näyttäisi pääsevän muita paremmin yleislääkärin vastaanotolle ilmeisesti työterveyshuoltopalvelujen ansiosta, kun taas työvoimaan kuulumaton väestö on terveyskeskusten ja yksityissektorin varassa. Lisäksi työterveyshuolto on työntekijöille maksutonta, kun taas taloudellisesti yleensä heikommassa asemassa oleva työvoiman ulkopuolinen väestö joutuu maksamaan käynneistään käyntimaksuja ja omavastuuosuuksia.

Uudella arvioinnilla on pyritty saamaan ulkopuolisia eväitä kansallisen terveydenhuollon hankkeen jatkamiseen ja mahdollisiin suunnantarkistuksiin. On huomattava, että OECD:n arviointiprosessi aloitettiin syksyllä 2004. Siinä ei ole voitu ottaa huomioon toukokuussa 2005 käynnistettyä kunta- ja palvelurakennemuutosta, jonka suunnitelmat koskevat myös terveydenhuollon rakenteita.

OECD-raportti sisältää parikymmentä kehittämissuositusta. Kustannusten hallintaan ehdotetaan kunnille vahvempaa roolia erikoissairaanhoidossa (esimerkiksi alueellisilla tilaajaorganisaatioilla). Lisäksi ehdotetaan lääkekustannusten siirtämistä Kelalta kunnille ja työterveyshuollolle. Terveyskeskuksilla ja työterveysasemilla tulisi olla oma lääkebudjettinsa. Lääkekustannusten säästöjä ehdotetaan käytettäväksi terveyskeskusten lääkärimäärän lisäämiseen, jotta vastaanotolle pääsy helpottuisi. Laadun parantamiseksi ehdotetaan potilaille lisää valinnanvapautta, terveyskeskuksille suoriteperusteista palkkausta ja sairaanhoitajille laajempia tehtäviä. Erikoissairaanhoidon ehdotetaan hallinnon alueellista järjestämistä

tai keskittämistä. Lisäksi ehdotetaan tilaajan ja tuottajan erottamista sekä kansallisesti yhdenmukaista sairaalapalvelujen hinnoittelua. Terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan kehittämistä ehdotetaan vahvistettavaksi erityisesti terveyskeskuksissa.

OECD-raportti korostaa terveyspalveluja. Se ei puutu terveyden edistämiseen terveyspalvelujärjestelmän ulkopuolella.

3.1.2 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen linjauksena kertomuskaudella on edelleen ollut Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Sen taustana on Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma, ja se jatkaa Suomen kansallista Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmaa. Lähtökohtana on se, että terveys riippuu arkiympäristöstä. Terveys ei synny pelkästään terveyspalveluissa, vaan siihen vaikuttavat koko yhteiskunnan taloudelliset, kulttuuriset, sosiaaliset tai fyysiset ympäristötekijät, niin sanotut terveyden taustatekijät. Merkittävä osa niistä on yksilön vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella. Terveyttä voidaan kohentaa taustatekijöiden kautta mm. vähentämällä elinympäristön terveyshaittoja, huolehtimalla ravinnon ja juomaveden turvallisuudesta ja laadusta, lisäämällä terveellisten valintojen mahdollisuuksia ja tukemalla terveellistä elämäntapaa sekä lisäämällä väestön terveystietoa ja -taitoja.

Kertomuskaudella julkaistiin WHO:n arvio Suomen 1990-luvun terveyden edistämispoliitikasta. Suomen terveyspoliittisen ajattelun ja suunnittelun todettiin olevan pitkäjänteistä, määrätietoista ja johdonmukaista. Erityistä kiitosta raportissa annettiin tupakoinnin vastaisista toimista, syöväntorjunnasta sekä sydänterveyden edistämisestä. Terveystiedon opetuksen palauttamista kouluihin pidettiin erinomaisena. Raportissa Suomea suositeltiin mm. varmistamaan terveyden edistämisen henkilöstövoimavarat ja osaaminen, lisäämään yhteistyötä muiden hallinnonalojen kanssa mm. päätösten terveysvaikutusten arvioinnissa, kasvattamaan kuntien osuutta ja voimavaroja ja tukemaan terveyden edistämistä paikallistasolla. Lukuisat suositukset on pantu toimeen tai ne ovat vireillä. Esimerkiksi Vanhasen hallituksen tietoyhteiskuntaohjelmaan on sisällytetty kansalaisten terveystietoportin kehittäminen. Sillä tarjotaan kansalaisille laadultaan varmennettua tietoa terveydestä, sen edistämisestä ja sairauksista. Valmisteilla on terveysvaikutusten arvioinnin nostaminen esille Suomen EU-puheenjohtajakaudella.

Kansanterveyslaki on peräisin 1970-luvulta, jolloin se oli kansainvälisessä vertailussa aikaansa edellä. Kertomuskaudella kansanterveyslakia uudistettiin kirjaamalla lakiin nykyaikainen käsitys terveyden edistämisestä yli hallinnon sektorirajojen ulottuvana toimintana myös kunnassa. Kun sairaanhoitoa on viime vuosina voimakkaasti kehitetty, myös eduskunta on kantanut huolta terveyden edistämisen ja ehkäisevien palveluiden tilasta. Jotta ehkäisevät palvelut voitaisiin jatkossakin turvata, kansanterveyslakiin kirjattiin mahdollisuus säätää valtioneuvoston asetuksella neuvolatarkastuksista, kouluterveydenhuollosta, ehkäisevästä suun terveydenhuollosta sekä kansanterveystyöhön kuuluvasta mielenterveystyöstä. Terveydenhuollon ehkäisevien palveluiden tilastointijärjestelmän kehittämistä nopeutettiin tarpeellisen tilastoseurannan järjestämiseksi.

Eduskunnalle annettiin vuonna 2005 hallituksen esitys, jonka mukaan ravintoloista tulisi savuttomia. Tupakointi olisi sallittu vain erillisessä tupakointitilassa. Elinkeinonharjoittaja voisi päättää, varaako hän tupakointitilan ravintolaansa. Ruoan ja juoman tarjoilu ja nauttiminen olisi kielletty tupakointitilassa. Myös työskentely olisi näissä tiloissa kielletty. Ravintolatupakointi on jo kielletty useissa maissa. Tarkoitus on suojata erityisesti työntekijät tupakansavualetukselta. Kielto ei ole vaikeuttanut ravintolaelinkeinojen harjoittamista. Suomessa aiemmat savuttomia ympäristöjä koskevat säädökset ovat vaikuttaneet myönteisesti miesten tupakointiin.

Vuonna 2002 valtioneuvosto hyväksyi periaatepäätöksen terveyttä edistävästä liikunnasta. Taustalla oli huoli suomalaisten ikääntymisestä ja monien sellaisten kansansairauksien lisääntymisestä, joita voidaan ehkäistä liikunnalla. Tavoitteena on vähän liikkuvien aktivointi kaikissa ikäryhmissä erityisesti arkiliikuntaa lisäämällä. Periaatepäätöksen toimeenpanoa edistämään perustettiin neuvottelukunta. Toimeenpanoon osallistuvat yhteistyössä myös muut hallinnonalat. Periaatepäätöstä on toimeenpantu laajalla hankekokonaisuudella (ks. luku 4.2.5.)

Kertomuskauden laajimmat terveyden edistämisen hankkeet ovat olleet osa kansallista terveydenhuollon hanketta. VAMP-hankkeessa (ks. luku 4.2.4) tavoitteena on vakiinnuttaa alkoholinkäytön riskien arviointi ja mini-interventio terveydenhuollon arkikäytännöksi. DEHKO puolestaan on laaja, monen sairaanhoitopiirin yhteistyönä toteutettu tyypin 2 diabeteksen ehkäisy- ja hoitokokeilu. Terveyden edistämisen määrärahalla on rahoitettu suuri joukko pienempiä tutkimus- ja kehittämishankkeita

sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan laitoksissa, terveysjärjestöissä, kunnissa ja tutkimuslaitoksissa. Terveysten edistämisen määrärahasta on rahoitettu esimerkiksi alkoholinkäytön riskien arvioinnin ja mini-intervention lisäämistä työterveyshuollossa. Hallinnonalan laitoksissa tapahtuneen, terveyden edistämisen määrärahalla rahoitetun toiminnan painotuksena on ollut työvälineiden ja -menetelmien kehittäminen kuntien käyttöön.

Terveysten edistämisen rakenteita koskeva tärkein uudistus kertomuskaudella oli koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn yksikön perustaminen Kansanterveyslaitokseen. Liikenne- ja työtapaturmien ehkäisy niihin erikoistuneiden organisaatioiden johdolla on osoittautunut tuloksekkaaksi. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisystä ei ole vastannut mikään erillinen organisaatio, mikä on nähtävissä näiden tapaturmien määrästä ja siinä tapahtuneesta kehityksestä, jota kuvataan toisaalla tässä luvussa.

Nuorten tupakoinnin vähentäminen

Tupakoinnin aloittaminen on monimutkainen tapahtumaketju, jossa ulkoisilla tekijöillä, ystävillä ja ympäristön odotuksilla on suuri merkitys. Yli 90 prosenttia päivittäin tupakoivista on aloittanut tupakointinsa nuorena. Suomen kuusitoistavuotiaista joka kolmas tupakoi, mistä seuraa fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen riippuvuus. Nuoret tupakoivat epäsäännöllisemmin kuin aikuiset, joten voi olla vaikea havaita ajoissa nuoren tupakka-riippuvuutta tai sen riskiä.

Aikuisten tupakoinnin vähentäminen on myös nuorten kannalta tärkeää, sillä tupakointi edustaa nuorille aikuisten maailmaa. Nuori seuraa herkästi tupakoivan vanhemman esimerkkiä. On siksi tärkeää viestittää nuorille, ettei tupakointi ole aikuisuutta, vaan aiheuttaa päinvastoin riippuvuutta. Vanhempien ja koulun puuttumista tupakointiin on pyritty tukemaan kodin ja koulun yhteistyöllä. Keinoja on kehitetty kansanterveysjärjestöjen, harrastusjärjestöjen ja tutkimuslaitosten kanssa. Hyviä ohjeita on saatavilla sekä verkossa että painettuna (esim. www.tyokalupakki.fi).

Nuorten vieroitus tupakasta on uutta. Suurin osa nuorista pitää tupakointiaan väliaikaisena ja aikoo lopettaa sen ennen aikuisuutta. Heillä ole käsitystä tupakkariippuvuuden voimakkuudesta ja lopettamisen vaikeudesta. Nuorten vieroitusmenetelmistä ei ole omaa suositusta, mutta niitä on käsitelty aikuisten suosituksessa. Valtakunnallinen tupakasta vieroituspuhelin palvelee myös nuoria; joka neljäs soittaja on alle 18-

vuotias. Vieroituksen tueksi on kehitetty verkkosivuja (www.stumppi.fi ja www.happi.ws). Nuorten ensimmäisiä vieroituskokeiluja on tehty koulu-ympäristössä ja tulokset ovat lupaavia.

Lainsäädäntöä on tiukennettu, mutta myynnin valvontaa on mahdollista edelleen kehittää. Myös EU on kehittännyt tupakkaa koskevaa lainsäädäntöä. EU:n tupakkamainontadirektiivi kattaa myös rajat ylittävän mainonnan, mitä myös WHO: maailmanlaajuinen Tupakkapuitesopimus tukee. Eduskunnalle vuonna 2005 annettu esitys ravintolatupakoinnin kieltämisestä vaikuttaa toteutuessaan pitkällä aikavälillä hyvin todennäköisesti myönteisesti väestön tupakointitottumuksiin, kuten aiemmat kokemukset savuttomista ympäristöistä osoittavat, ja tekee samalla tupakoinnin luultavasti vähemmän kiinnostavaksi nuorille.

Terveys 2015 -ohjelman tavoitteena on puolittaa nuorten tupakointi. Tupakkatuotteiden myyntikielto alaikäisille on tärkein rajoittava tekijä. Nuorten tupakointiin liittyvää asiantuntijatoimintaa on viime vuosina vahvistettu Kansanterveyslaitoksessa. Tupakoimattomuuskilpailuilla ja nuorille suunnatuilla eri viestintäkanavien kautta välittyvillä kampanjoilla on tuettu vieroittautumista, vaikutettu nuorten tupakointiasenteisiin ja lisätty nuorten tietoutta tupakan riskeistä. Jatkossakin on välttämätöntä korostaa tupakoimattomuutta muiden terveysteemojen joukossa. Kuten muu terveyden edistämien, nuorten tupakoinnin ehkäisy koskettaa yhteiskunnan useita aloja ja toimijoiden yhteistyö on välttämätöntä. Lasten ja nuorten tupakoimattomuutta ja terveyttä edistetään parhaiten, kun kaikki lapsen ja nuoren kehitykseen vaikuttavat toimijat osallistuvat siihen yhdessä. Nuorten tupakoinnin aloittamisen ehkäisy on tehokkain keino ehkäistä päihteiden ja huumeiden käyttöä.

Suomalaiset ravintosuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon

Suosituksen tavoitteet ja kohderyhmät

Valtion ravitsemusneuvottelukunta julkaisi uudet kansalliset ravintosuositukset syksyllä 2005. Suositusten sisältö myötäilee edellisenä vuonna julkaistuja pohjoismaisia suosituksia. Niissä on otettu huomioon viime vuosien uusi tutkimustieto, joka tarkentaa aiempia käsityksiä terveyden ja ravinnon yhteyksistä.

Ensimmäistä kertaa ravintosuositusten rinnalla esitetään myös liikuntasuositukset (ks. myös valtioneuvoston päätös terveyttä edistävästä liikun-

nasta). Aikuisille suositellaan päivittäin vähintään puoli tuntia reipasta kävelyä vastaavaa liikuntaa. Painon nousun ehkäisemiseksi suositellaan fyysistä aktiivisuutta noin tunti päivässä. Myös lapsille ja nuorille suositellaan vähintään tunti päivässä monipuolisesti kuormittavaa liikuntaa.

Väestötason ravitsemussuositukset on laadittu terveille, kohtalaisesti liikkuville ihmisille. Ne sopivat sellaisenaan myös tyypin 2 diabeetikoille ja henkilöille, joiden verenpaine tai veren rasva-arvot ovat koholla. Suositukset soveltuvat vain varauksin yksittäisen ihmisen ruokavalion arviointiin, koska yksilön ravinnontarve vaihtelee. Suositusten ravintomäärät edustavat keskimääräistä saantia pitkäköllä aikavälillä, esimerkiksi kuukauden aikana. Suositukset ovat elintarvike- ja ravitsemuspolitiikan perusta. Ne on tarkoitettu joukkoruokailun suunnitteluun, ravitsemusopetuksen ja -kasvatuksen perusaineistoksi sekä ihmisryhmien ruoankäytön ja ravintoaineiden saannin arvioimiseen esim. tutkimuksissa.

Täydentäviä erityissuosituksia on annettu esimerkiksi alle kouluikäisten lasten sekä odottavien ja imettävien naisten ruokailuun.

Energia- ja ravintoaineiden osuus päivittäisestä energiansaannista esitetään uusissa suosituksissa yhden prosenttiluvun asemesta vaihteluvälillä, joka antaa enemmän liikkumavaraa eri väestöryhmien ruokavalion arviointiin. Hiilihydraattien saanniksi suositellaan 50–60 energiaprosenttia (E%), rasvojen 25–35 E% ja proteiinien 10–20 E%. Rasvan saannin vähentäminen alle 30 E%:iin on suositeltavaa lihavilla ihmisillä. Normaalipainoisten ruokavaliossa voi rasvaa olla 30–35 E%, edellyttäen, että suositetaan pehmeitä, terveellisempiä rasvalaatuja.

Yksittäisissä ravintoaineissa merkittävin muutos on D-vitamiinin saantisuosituksen nostaminen 50 prosenttia (7,5 µg päivässä) 2–60-vuotiaille. Myös C-vitamiinin suositusta on tarkistettu ylös (uusi suositus: aikuisilla 75 mg päivässä), kun taas lasten ja naisten A-vitamiinin suositusta on pienennetty. Hedelmällisessä iässä olevien naisten rautasuositus esitetään yhtenä lukuna ilman vaihteluväliä (15 mg päivässä), ja folaaatin saantisuositusta (400 µg päivässä) on nostettu.

Suosittelava ruokavalio

Säännöllinen ateriaritmi on terveyden kannalta suositeltava, vaikka kaikille ei suositellakaan samanlaista kaavamaisista mallia.

Suosittelava terveellinen ruokavalio sisältää runsaasti täysjyväviljälälmisteita, perunaa, kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Päivittäin nautitaan myös

vähärasvaisia tai rasvattomia maitovalmisteita sekä vähärasvaisia juustoja. Lihatuotteista suositetaan vähärasvaisia vaihtoehtoja ja kalan kulutusta voidaan edelleen lisätä eri kalalajeja vaihdellen. Ruoanvalmistuksessa ja leivonnassa suositetaan kasviöljyä ja leivälle sipaistaan kasvimargariinia. Sokerin ja paljon sokeria sisältävien elintarvikkeiden runsasta käyttöä tulisi välttää, samoin kuin suolan ja runsassuolaisten elintarvikkeiden käyttöä.

Suomalaisten ruokavalio suhteessa suosituksiin

Suomalaisten ruokavalio on viime vuosikymmeninä muuttunut suositusten suuntaan. Kasvien, hedelmien ja marjojen kulutus on kasvanut selvästi. Silti monilta, erityisesti nuorilta, suositus määrä (vähintään 400 g päivässä) jää saavuttamatta. Näkyvistä rasvoista on opittu valitsemaan terveellisiä vaihtoehtoja. Sen sijaan kaksi kolmasosaa päivittäisestä rasvasta on piilorasvoja, eikä niitä sisältäviä elintarvikkeita tunnisteta (esim. juustot tai pitsat). Viime vuosikymmenien hyvä suunta kovan rasvan kulutuksessa ja veren kolesterolitasoissa onkin tasoittunut. Leivän ja perunan kulutus laskee vastoin suosituksia, ja alkoholia juodaan entistä enemmän. Nuoret kuluttavat makeisia ja sokeria erityisen runsaasti.

D-vitamiina, folaattia ja kuitua saadaan keskimäärin suositeltua vähemmän. D-vitamiinia alettiin lisätä nestemäisiin maitovalmisteisiin vuoden 2003 alusta. Tämä paransikin D-vitamiinin saantia oleellisesti. Maidon lisäksi muita hyviä D-vitamiinin lähteitä ovat kala ja vitamiinoidut margariinit. Folaattia ja kuitua saadaan kasviksista, hedelmistä, marjoista ja täysjyväviljasta. Suolan (NaCl) saanti on selvästi yli suosituksen (miehille 7 g ja naisille 6 g päivässä).

Ravintolisien tarve

Monivitamiinivalmisteiden käyttö on perusteltua, jos energian saanti on pitemmän aikaa poikkeuksellisen pientä esimerkiksi laihdutettaessa (alle 6,5 MJ). Pikkulasten D-vitamiinin riittävä saanti turvataan valmisteilla. D-vitamiinin saanti on turvattava myös raskaus- ja imetysaikana sekä yli 60-vuotiailla (erityisesti talvella). Naisten (erityisesti raskaana olevien) raudantarve edellyttää usein rautavalmisteiden käyttöä. Folaatin suosituksen mukaisesta saannista on huolehdittava raskautta suunnittelevilla sekä alkuraskauden aikana.

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmissa kuolee noin 2 200 suomalaista vuosittain. Määrä on noin 80 prosenttia tapaturmakuolemista. Kuolemantapausten yleisimpiä tapaturmalajeja ovat kaatumiset, alkoholimyrkytykset, hukku-miset, tukehtumiset, paleltumiset ja palotapaturmat. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmakuolleisuus on Suomessa suurempi kuin muissa EU-maissa. Vammaan johtavista tapaturmista koti- ja vapaa-ajan tapaturmien osuus on 70 prosenttia. Ne aiheuttavat noin 70 prosenttia sairaaloiden ja terveyskeskusten tapaturmahoidoista. Työpaikoilla koti- ja vapaa-ajan tapaturmista koituu enemmän sairauspoissaoloja kuin työtapaturmista. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmista arvioidaan aiheutuvan neljän miljardin euron kustannukset vuodessa.

Vammaan johtavista koti- ja vapaa-ajan tapaturmista yleisimpiä ovat liikuntatapaturmat, joissa sattuneet vammat eivät ole kaikkein vakavimpia. Toiseksi eniten tapaturmia sattuu kotona ja kotiympäristössä. Niistä yleisim-piä ovat korjaustöissä, ruuan valmistamisen ja kotona liikuttaessa sattuvat tapaturmat. Myös kodin lähiympäristössä sattuu paljon tapaturmia.

Ikäryhmittäin tarkastellen riskiryhmiä ovat nuoret miehet ja ikääntyneet naiset. Yli neljäsosa 15–24-vuotiaista miehistä joutuu vuoden aikana ta-paturmaan. Myös 25–54-vuotiaiden miesten tapaturmat ovat lisääntyneet. Ikääntyneiden kaatumisvammat ovat nelinkertaistuneet 25 viime vuoden aikana. Lasten vakavat tapaturmat ovat vähentyneet 20 vuodessa.

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyä tutkimaan, koordinoimaan ja kehittämään perustettiin vuonna 2004 Kansanterveyslaitokseen koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn yksikkö.

Tartuntatautien ehkäisy

Suomen rokotusohjelman kattavuus on maailman huippuluokkaa. Lasten rokotusohjelma uudistettiin vuoden 2004 alusta. Pistosten määrää vähen-nettiin lisäämällä yhdistelmärokotteita. Hinkuyskän ehkäisyyn käytetty kokosolurokote vaihdettiin uudenaikaiseen, soluttomaan rokotteeseen, jonka käyttö tekee mahdolliseksi myös tehosterokotusten antamisen koulu-iässä. Näin voidaan ehkäistä koululaisten epidemioita ja rokottamattomien vastasyntyneiden henkeä uhkaavia infektioita.

Kertomusjaksolla kehitettiin määrätietoisesti Kansanterveyslaitoksen yl-läpitämää tartuntatautirekisteriä tehostamalla, lisäämällä ja nopeuttamalla rekisteriin perustuvan epidemiologisen tiedon välittämistä paikallistasolle.

Tartuntatautilakia ja -asetusta muutettiin perustuslain edellyttämällä tavalla ja säädökset saatettiin vastaamaan aiempaa paremmin sairaalainfektioiden torjunnan tarvetta. Zoonoosien, eläimistä ihmisiin tarttuvien tautien ehkäisyä kehittämään perustettiin ministeriöiden ja asiantuntijalaitosten yhteinen zoonoosikeskus.

Aasian tautipesäkkeistä lähtöisin oleva H5N1-viruksen lintuinfluenssaepidemia muuttui kertomuskaudella pysyväksi ilmiöksi. Suomessa on varauduttu mahdolliseen maailmanlaajuiseen influenssaepidemiaan, pandemiaan, hankkimalla viruslääkkeitä ja varaamalla rokotetta koko väestölle. Sosiaali- ja terveysministeriö on kehottanut sairaanhoitopiirejä päivittämään valmiussuunnitelmansa influenssapandemian varalta. Kansallista valmistautumista varten perustettiin vuonna 2005 hallinnonalojen yhteinen pandemiaan varautumisen työryhmä. Suomi osallistui EU:n pandemiaharjoitukseen marraskuussa 2005 ja sai harjoituksesta tärkeitä aineksia viimeistellä kansallinen pandemiasuunnitelma. Varautumissuunnittelussa on ilmennyt tarve vahvistaa epidemioiden torjunnan voimavaroja sekä kansallisesti että alueellisesti.

3.1.3 Hoitotakuu voimaan

Hoitoon pääsyn enimmäisaikoja koskevat kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muutokset tulivat voimaan 1.3.2005. Lainmuutoksilla täsmennettiin kuntien ja kuntayhtymien velvollisuutta järjestää terveyspalveluja. Lakeihin kirjattiin enimmäisajat, joiden kuluessa hoitoon pääsy pitää järjestää. Uudistus koskee myös suun hammashuoltoa. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito pitää järjestää viimeistään kuudessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Hoitoon pääsyn turvaamiseksi on laadittu myös yhtenäiset kiireettömän hoidon kriteerit.

Vuoden 2005 maaliskuun alusta tulivat voimaan kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain, potilaslain ja asiakasmaksulain muutokset, joiden perusteella kiireettömät tutkimukset ja kiireetön hoito on saatava määräajassa sekä terveyskeskuksessa että sairaalassa.

Tutkimukset ja hoito terveyskeskuksessa

Terveyskeskukseen on saatava arkipäivisin virka-aikana puhelinyhteys välittömästi. Virka-ajalla tarkoitetaan sitä aikaa, jonka terveyskeskus on

julkisesti ilmoittanut olevansa avoinna. Muuna aikana terveyskeskus järjestää päivystyksen. Hoidon tarve on arvioitava terveyskeskuksessa kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta. Hoidon tarpeen voi arvioida muukin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri. Terveyskeskuksen ammattihenkilö voi usein jo puhelimesta arvioida, tarvitseeko soittajan tulla vastaanotolle hoidon tarpeen arviointia varten, vai annetaanko hänelle hoito-ohjeet puhelimesta. Puhelimesta annettu hoidon tarpeen arviointi ja yksilölliset hoito-ohjeet kirjataan potilasasiakirjoihin. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää käyntiä terveyskeskuksessa, potilaalle varataan aika niin, että hän pääsee vastaanotolle kolmessa arkipäivässä yhteydenotosta. Tavallisesti hoito terveyskeskuksessa aloitetaan heti ensimmäisellä vastaanotolla. Tutkimuksiin ja hoitoihin, joita ei voida antaa vastaanotolla, on päästävä kolmessa kuukaudessa. Joissakin terveyskeskuksissa annetaan myös erikoissairaanhoidon hoitoa, tehdään esimerkiksi kirurgisia toimenpiteitä. Tällöin noudatetaan samoja hoitoon pääsyn aikarajoja kuin erikoissairaanhoidossa, eli hoitoon on päästävä viimeistään kuudessa kuukaudessa.

Tutkimukset ja hoito sairaalassa

Sairaalassa hoidon tarve on arvioitava kolmessa viikossa. Se voidaan tehdä lähetteen perusteella tai potilas voidaan kutsua sairaalan poliklinikalle arviota varten. Jos arvio tehdään lähetteen perusteella, potilaan on saatava tieto tutkimussuunnitelmasta kolmessa viikossa. Jos lääkäri toteaa tutkimusten perusteella, että potilas tarvitsee hoitoa sairaalassa, se on aloitettava viimeistään kuuden kuukauden kuluessa. Potilaalle ilmoitetaan hyvissä ajoin milloin ja missä hänet hoidetaan. Lasten ja nuorten mielenterveyttä koskevaan tarpeelliseksi todettuun hoitoon on päästävä kolmessa kuukaudessa.

Suun terveydenhuolto

Myös suun terveydenhuoltoon liittyvissä kysymyksissä puhelinyhteys terveyskeskukseen on saatava välittömästi. Suun hoidon tarve arvioidaan usein heti ensimmäisessä yhteydenotossa, jolloin yleensä hammashoitaja tekee ensimmäisen arvion hoidon tarpeesta selvittämällä yhteydenoton syyn, sairauden oireet ja niiden vaikeusasteen sekä hoidon kiireellisyyden. Hammashoitaja ohjaa asiakkaan joko hammaslääkärille tai suuhygienistille. Tarvittaessa hän antaa puhelimesta hoito-ohjeita. Hammashuoltajat tai suuhygienistit tekevät myös suun terveystarkastuksia. Hoidon tarpeen arvio

sekä annetut hoito-ohjeet kirjataan potilasasiakirjoihin. Hammaslääketeellisesti tarpeelliseksi arvioitu hoito on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kuudessa kuukaudessa. Hammaslääkäri päättää tutkimustensa perusteella, mitä hoitoa potilas tarvitsee ja keskustelee eri vaihtoehtoista hänen kanssaan. Potilas ei voi saada mitä tahansa halua- maansa hoitoa, vaan hammaslääkäri päättää hoidon tarpeellisuudesta. Potilas käy suun hoidossa yksilöllisesti suunnitellun hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoitoväli voi usein olla pidempi kuin yksi vuosi. Kiireelliseen hoitoon on päästävä heti. Myös suun terveydenhuoltoon on laadittu yhtenäisiä hoidon perusteita. Erityistä huomiota on kiinnitetty ehkäisevään hoitoon. Jos potilas käyttää yksityisiä hammaslääkäripalveluja, sairausva- kuutus korvaa osan hoitokustannuksista.

Erikoismaksuluokka loppuu

Asiakasmaksulakia muutettiin siten, että erikoismaksuluokka poistuu vuonna 2008. Muutoksen toivotaan myötävaikuttavan väestöryhmien terveyserojen vähentämiseen. Samalla tehtiin mahdolliseksi sairaaloiden työntekijöille harjoittaa vastaanottotoimintaa sairaalan tiloissa varsinaisen työajan jälkeen, työaikalainsäädännön puitteissa. Muutoksella tuetaan sellaista toimintakulttuurin muutosta, että sairaalan työntekijät voisivat niin halutessaan tehdä lisätyötä työnantajan tiloissa.

3.1.4 Perusterveydenhuollon palvelut

Perusterveydenhuollon palvelujen kehitys 2002–2005

Julkisen perusterveydenhuollon eli maamme terveyskeskusten kehitystä on ohjaillut kansallinen terveydenhuollon hanke valtakunnallisine toimintalinjauksineen. Lääkäri- ja hammaslääkäri työvoiman ongelmallinen rekrytointi terveyskeskuksiin on vaikeuttanut jatkuvasti palvelujen tuottamista. Kuntien talouden kiristyminen on heijastunut yleisesti juuri perusterveydenhuollon käyttökustannusten rahoitukseen.

Valtakunnallisen palvelupolitiikan mukaisesti perusterveydenhuoltoa on pyritty eri tavoin järjestämään aiempaa suuremmalle väestöpohjalle. Muutosten on odotettu lisäävän sekä yksittäisten palvelujen – esimerkiksi päivystysvastaanottojen tai laboratoriopalvelujen – järjestämistä yhdessä että kuntien uudenlaisia yhteenliittymiä ja yhteis- toimintasopimuksia.

Perusterveydenhuoltoa koski konkreettisesti maaliskuun alusta 2005 voimaan tullut hoitotakuuna tunnettu lainmuutos. Säädöksiin kirjattiin enimmäisajat, joiden kuluessa hoitoon pääsy pitää järjestää. Muutoksen jälkeen väestön on saatava puhelinyhteys omaan terveyskeskukseen ja ammattihenkilön arvio hoidon tarpeesta kolmen työpäivän kuluessa.

Terveyskeskuspalvelujen rakenne

Suomessa oli vuoden 2005 alussa 252 terveyskeskusta, jos koko maakuntaa palveleva Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä lasketaan yhdeksi terveyskeskukseksi. Yhden kunnan ylläpitämiä keskuksia oli 181 ja kuntayhtymien 68. Kahdeksan kuntaa hankki palvelunsa ostopalveluna joko naapurikunnalta tai kuntayhtymältä tai Karjaan tapauksessa järjestöltä. Kaksi kuntaryhmää järjestävät palvelut isäntäkuntajärjestelyin. Tätä uutta ratkaisua käyttää niin ikään yhteensä kahdeksan kuntaa. Terveyskeskusten määrä on laskenut vuodesta 1997, jolloin terveyskeskuksia laskettiin olleen 275. Osa vähenemisestä selittyy kuntaliitoksilla, osa kuntien hakeutumisella uudelleen kuntayhtymien osakkaiksi.

Vuosina 2002–2005 muutama kaupunki on antanut kokonaisia kaupunginosia terveysasemineen yksityisille terveydenhuollon palveluyrityksille. Myös eräät pienet kunnat suunnittelevat järjestävänsä palvelut samalla tavoin. Kahdeksan terveyskeskusta ylläpitävän kuntayhtymän palveluihin kuuluu myös paikallinen erikoissairaanhoidon sairaala, yleensä aiemmin sairaanhoitopiirin alaisena toiminut aluesairaala. Kainuun maakunnan lisäksi vuoteen 2005 oli mennessä syntynyt vain muutama uusi kuntayhtymä tai entiseen oli tullut uusia jäseniä. Vuosien 2006 tai 2007 alkuun on kuitenkin suunnitteilla uusia yhteenliittymiä. Lisäksi oli kesken muutama hanke, joiden tuloksena saattaa olla erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä mahdollisesti joitakin sosiaalipalveluja yhdistävä terveydenhuoltopiiri tai sosiaali- ja terveydenhuoltopiiri.

Avosairaanhoidon vastaanoton kehitys

Sairaanhoitajakoulutuksen saaneiden työntekijöiden määrän ja työpanoksen kasvu ja palvelujen monipuolistuminen lienevät kehittäneet eniten avosairaanhoidon vastaanottoa. Terveyskeskukset ovat perinteisesti tarjonneet vastaanottopalveluja, joiden aikoja vastaanottoavustajat ovat jakaneet. Aikoja on ollut niukasti, joten kysyntä on ohjautunut päivystysvastaanotoille ja kansainvälisesti katsottuna poikkeuksellisesti iltoihin

ja viikonloppuihin. Vastaanottopalvelujen kehittäminen on lisännyt puhelinneuvontaa ja laajentanut sairaanhoitajien omaa vastaanottoa. Aiemmin omaa palvelua ovat tarjonneet esimerkiksi erityiskoulutetut diabetes-, reuma- ja astmahoitajat. Lisäksi hoitajien vastaanotoilla on esimerkiksi annettu rokotuksia, poistettu ompeleita jne., sekä hoidettu potilaita äkillisten infektiosairauksien vuoksi sairaus- tai hoitoloma-asioissa. Vastaanoton laajeneminen on muuttanut myös lääkäreiden ja sairaanhoitajien tehtäväkuvaa ja työnjakoa siten, että monissa terveyskeskuksissa sairaanhoitajat työskentelevät aiempaa itsenäisemmin sekä akuuttivastaanotossa että pitkäaikaisten sairauksien hoidossa ja niiden vaaratekijöiden vähentämisessä. Työnjakoa on kehitetty eri puolilla maata laajahkoilla sairaanhoitajien koulutushankkeilla.

Terveyskeskukset ovat alkaneet tarjota pääosin sairaanhoitajakoulutuksen saaneen ulkopuolisen henkilöstön tarjoamaa puhelinneuvontaa ainakin kuuden sairaanhoitopiirin alueella syksyyn 2005 mennessä. Neuvonnalla pyritään sekä ohjaamaan väestöä terveyspalvelujen käytössä että arvioimaan hoidon tarvetta kuten laki edellyttää. Se on mahdollista silloin, kun neuvontapalvelulla on suora yhteys elektroniseen terveyskertomusjärjestelmään. Palveluja tarjoavat alalle muodostuneet yritykset. Myös terveyskeskukset ovat yksin tai yhteistoimin lisänneet puhelinpalvelua toimipisteissään ja avanneet uusia puhelinlinjoja neuvontaa ja hoidon tarpeen arviointia varten.

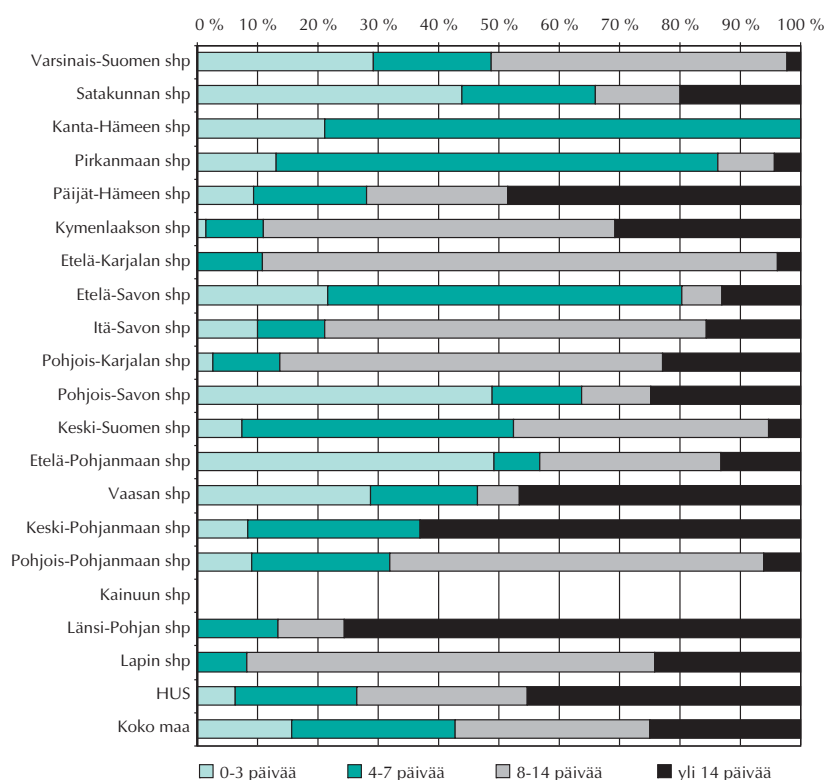
Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden vastaanotossa on jatkuvasti ollut vaikea saada työvoimaa ja pitää se alalla. Terveyskeskuksissa oli syksyn 2004 lääkärikyselyn mukaan 3 526 lääkärinvirkaa. Niistä vailla haltijaa oli silloin noin 300 paikkaa ja vuokratyövoiman hoidossa noin 200. Lääkärivajasta esiintyy sekä suurissa terveyskeskuksissa että syrjäisten maaseutukuntien terveysasemilla. Lääketieteellisten tiedekuntien lähi-alueilla vajeus oli selvästi muuta maata pienempi. Omalääkäripalkkausta soveltavissa terveyskeskuksissa vaje oli koko maassa suhteellisesti noin puolta pienempi kuin perinteisesti palkkaavissa. Vaje on kasvanut asteittain vuodesta 1999. Tosin vuoden 2005 aikana on kentältä kantautunut tietoja lääkäri työvoiman tarjonnan paranemisesta. Stakesin kenttätöyssä on vahvistunut yleiskuva, että hyvin hoidetut ja johdetut terveyskeskukset, joiden työilmapiiri on hyvä, ovat menestyneet lääkäri työvoiman rekrytoinnissa ja pitämässä paikkakunnan koosta ja sijainnista riippumatta.

Lääkäreiden vastaanottokäytien määrä on viime vuosina laskenut lie-

västi vuosikausien tasanteen jälkeen. Se on voinut johtua lääkäri työvoiman vajauksesta. Toisaalta vastaanottojen määrän väheneminen voi johtua myös puhelinpalvelun ja sairaanhoitajien vastaanoton lisääntymisestä, mikä näkyy samasta kuvasta.

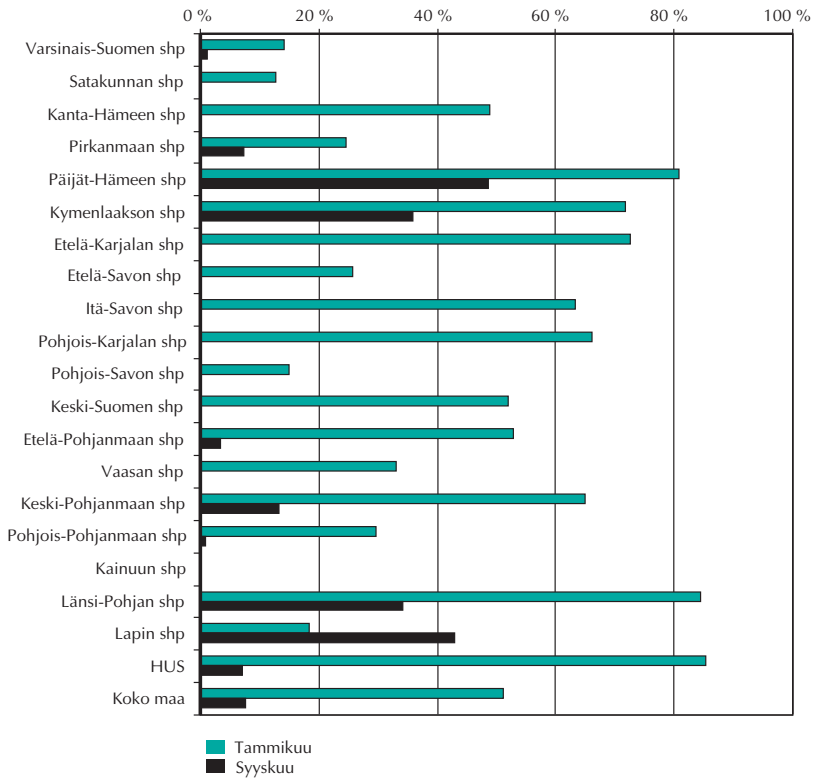
Terveyskeskusten omalääkäripalkkauksen piiriin kuuluu 2/3 Suomen väestöstä. Sen periaatteen mukaan lääkärin vastaanotolle pitäisi päästä kolmen työpäivän sisällä. Aikataulu on tavallaan hoitotakuuta tiukempi. Kuvio 6 esittää vastaanottoajan saantia kiireettömän asian vuoksi syysyllä 2005. Lähes puolet väestöstä saa ajan viikon sisällä yhteydenotosta. Maan eri osien välillä on huomattavan suuret erot. Ne liittyvät lääkäri työvoiman vajaukseen sekä lääkäreiden palkkausmuotoon. Saman kyselyn mukaan hoidon tarpeen arviointi oli tammikuusta syyskuuhun 2005 parantunut merkittävästi. Tammikuussa oli monilla alueilla esiintynyt vaikeuksia järjestää arviointi 3 työpäivän kuluessa. Syyskuussa niitä esiintyi enää 4–5 alueella ja sielläkin aiempaa selvästi lievempinä (kuvio 7).

KUVIO 6. Kiireettömälle vastaanotolle pääsy maan terveyskeskuksissa syyskuussa 2005, %



Lähde: STM

KUVIO 7. Maan terveyskeskusten valmiudet hoidon tarpeen arvioimiseen kolmen työpäivän kuluessa yhteydenotosta syyskuussa 2005, %



Lähde: STM

Terveyskeskusten päivystysvastaanotot työajan ulkopuolella ovat 1990-luvulta lähtien keskittyneet voimakkaasti joko suuriin, yhteisiin päivystyspisteisiin tai useiden terveyskeskusten yhteisiin päivystyksiin. Helmikuun 2005 laskennan mukaan 78 päivystyspisteessä oli arki- ja viikonloppuoina työssä terveyskeskuspotilaita palveleva päivystävä lääkäri. Avosairaanhoidon palveluja oli 157 kunnassa saatavilla oman terveyskeskuksen terveysasemilta vain virka-aikana. Terveyskeskusten yöpäivystyspisteiden määrä lienee suurimmillaan ollut noin 160–170.

Arvioita kehityksestä

Perusterveydenhuollon kenttä on suhtautunut väestöpohjan suurentamistavoitteisiin yleensä varsin kriittisesti. Yleisesti arvioidaan, että kaikkein pienimpien, muutaman tuhannen asukkaan kuntien yksin ylläpitämät terveyskeskuspalvelut ovat haavoittuvia ja kärsivät erityisesti työvoiman

vajauksesta. Vajausta esiintyy kuitenkin sekä suurissa että pienissä terveyskeskuksissa, vaikka syrjäisimmät maaseutukunnat joutuvat siinä suhteessa vaikeimpaan asemaan. Laboratorioiden yhdisteleminen maakunta- tai sairaanhoitopiirien yhteisiksi laboratorioiksi tuottaa rationalisointihyötyjä vain, jos laboratorioiden työvoimaa voidaan vähentää terveyskeskuksista. Koska sitä ei ole haluttu tehdä, yhdistämishankkeet ovat monissa tapauksissa edenneet hitaasti. Suunta on joka tapauksessa kääntynyt 1990-luvun terveyskeskuskuntayhtymien purkamisesta kohti liittymistä yhteisiin organisaatioihin.

Avosairaanhoidon vastaanoton muutokset lääkäreiden ja sairaanhoitajien työtavoissa ja työnjaossa ovat innovatiivisia ja innostavia. Palvelu muuttuu aiempaa joustavammaksi. Monissa terveyskeskuksissa on korostettu työparien edustavan kansanterveystyön parhaita perinteitä: palveluja sekä kansansairauksien pitkäaikaisille potilaille että niiden vaaratekijöiden vuoksi tukea tarvitseville, esimerkiksi tupakoinnin lopettamiseen tai painon hallintaan. Samalla ryhmätyö, jota suomalaisessa perusterveydenhuollossa on perinteisesti pidetty tärkeänä, saa uutta sisältöä vastaanoton käytännön yhteistyössä. Muutoksiin ja etenkin ammattikuntien perinteisten rajojen muutoksiin suhtaudutaan silti myös epäluuloisesti.

Puhelinpalvelun nopea laajeneminen vuonna 2005 on herättänyt sekä myönteisiä että kriittisiä reaktioita. Myönteistä on yhteydensaannin selvä paraneminen ja Kotkan terveyskeskuksen arvion mukaan myös lääkäripalvelujen tarpeen väheneminen. Kriittisesti on kysytty, onko perusteltua suunnata niukkoja voimavaroja, huomiota ja työtä pääasiassa arjen pienehköihin ongelmiin ja itsestään paraneviin infektiosairauksiin. Terveyskeskuksissa ihmetellään puhelinyhteydenottojen runsautta, jonka arvellaan johtuvan matkapuhelimien yleistymisen seurauksena alentuneesta yhteydenottokynnyksestä. Terveyskeskukset vertailevat parhaillaan ulkoistetun puhelinpalvelun etuja, kustannuksia ja mahdollisia ongelmia itse tuotettuun neuvontaan.

Monien alueiden päivystyspalvelut ovat keskittyneet merkittävästi verrattuna 1980–1990-luvun tilanteeseen. On myös merkkejä siitä, että päivystysvastaottojen mukana terveyskeskussairaaloiden akuuttihoitoa ryhdyttäisiin keskittämään joko päivystävien yksiköiden yhteyteen tai ainakin aiempaa harvalukuisempiin paikkoihin.

3.1.5 Erikoissairaanhoidon palvelut

Erikoissairaanhoidon kehitys vuosina 2002–2005

Erikoissairaanhoidon palvelutuotannon rakennemuutos vuodeosastohoidosta avohoitoon on jatkunut hitaasti mutta vakaasti. Vuodeosastojen potilasmäärä asukasta kohti on vuosina 2002–2004 laskenut 2,0 prosenttia, hoitopäivien määrä 4,3 prosenttia ja keskimääräinen hoitoaika on edelleen lyhentynyt hieman, noin 3,0 prosenttia. Keskimääräinen hoitoaika oli vuonna 2004 runsaat 6 vuorokautta. Vuodeosastohoidon väheneminen heijastaa tavoitetta hoitaa potilaita entistä enemmän avohoidossa. Erikoissairaanhoidon onkin edennyt avohoidon suuntaan melko ripeästi. Poliklinikkakäyntien määrä on kasvanut 3,1 prosenttia vuosina 2002–2004.

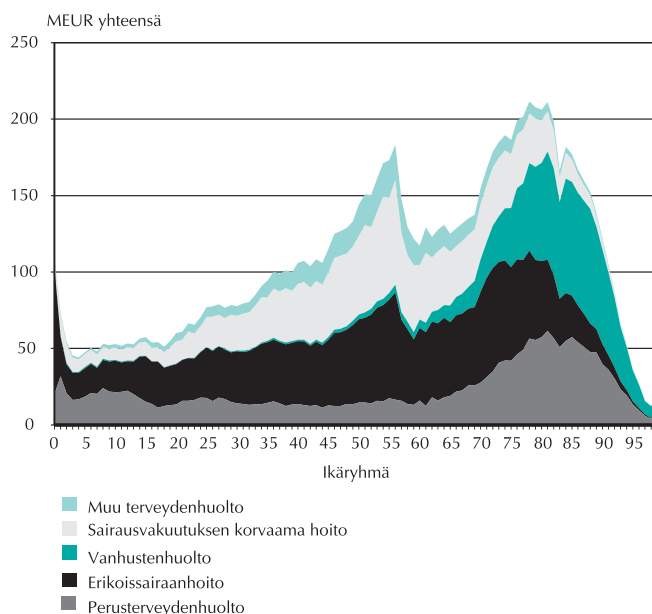
Terveystenhuolto ei ole muuttunut merkittävästi erikoissairaanhoidon suuntaan, vaikka näin voisi yleisen keskustelun perusteella olettaa. Erikoissairaanhoidon osuus kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon menoista on koko 2000-luvun alun pysynyt melko vakaasti noin 31 prosentissa. Vuonna 2004 erikoissairaanhoidon osuus terveydenhuollon ja myös koko sosiaali- ja terveydenhuollon menoista kuitenkin nousi hieman ja perusterveydenhuollon laski. Se on jossain määrin ristiriidassa terveyspoliittisten tavoitteiden kanssa, joissa korostetaan perusterveydenhuollon ensisijaisuutta. Muutos on vielä lievä mutta oireellinen. Se heijastanee lääkäri työvoiman siirtymää erikoissairaanhoidon suuntaan ja osaksi valmistautumista hoitotakuun toteuttamiseen.

Menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti ovat kasvaneet samaan aikaan reaalisesti 6,6 prosenttia. Menot ovat siis kasvaneet, vaikka vuodeosastopotilaiden määrä on laskenut. Menot ovat kasvaneet myös nopeammin kuin avohoitokäyntien määrä.

Erikoissairaanhoidon tuottavuus on vuosina 2002–2004 ollut melko vakaa. Se ei ole merkittävästi parantunut muttei liioin laskenut. Sairaaloiden tuottavuuserot eivät ole vuosina 2002–2004 merkittävästi kaventuneet (kuvio 8).

KUVIO 8. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenojen jakautuminen ikäryhmittäin vuonna 2002, miljoonaa euroa



Lähde: Stakes/CHESS

Työikäiset erikoissairaanhoidon suurin asiakasryhmä

Erikoissairaanhoidon palvelut kohdistuvat pääosin työikäisiin, 15–64 vuotiaisiin. Ikäryhmän osuus erikoissairaanhoidon palvelujen käytöstä ja menoista on noin 57 prosenttia (kuvio 8). Eläkeikäisten hoitoon käytetään noin kolmannes erikoissairaanhoidon menoista. Erikoissairaanhoidon rooli palvelutuotannossa korostuu hyvin eri tavoin elämänkaaren eri vaiheissa. Huomiota herättävää on se, että 50–59 -vuotiaiden osuus terveydenhuollon menoista on 15 prosenttia. Asukasta kohti ikäryhmän menot ovat verraten alhaiset, mutta siihen kuuluvien sodan jälkeen syntyneiden suurten ikäluokkien suuruuden vuoksi kokonaismenot nousevat korkeiksi. Tämä korostaa tarvetta panostaa suurten ikäluokkien terveyden edistämiseen ja ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon.

Lasten ja nuorten (0–14-vuotiaat) hoidossa erikoissairaanhoidon menot ovat samaa luokkaa kuin perusterveydenhuollon menot. Työikäisille erikoissairaanhoidon rooli on keskeinen: yli 70 prosenttia kunnallisen terveydenhuollon menoista syntyy tämän ikäryhmän erikoissairaanhoidosta. Noin kolmannes eläkeikäisten eli 65 vuotta täyttäneiden terveydenhuollon

ja vanhustenhuollon kokonaismenoista koituu erikoissairaanhoidosta, saman verran perusterveydenhuollosta ja vain hieman enemmän vanhustenhuollosta. Palvelujen suunnittelun kannalta viimeinen havainto on olennainen. Eläkeikäisten palveluja ei voi suunnitella tarkoituksenmukaisesti ilman, että ikäryhmälle suunnitellaan samalla erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon koko palvelukirjo. Se on sosiaali- ja terveystoimen merkittävä haaste koko kunta- ja palvelurakennemuutokselle.

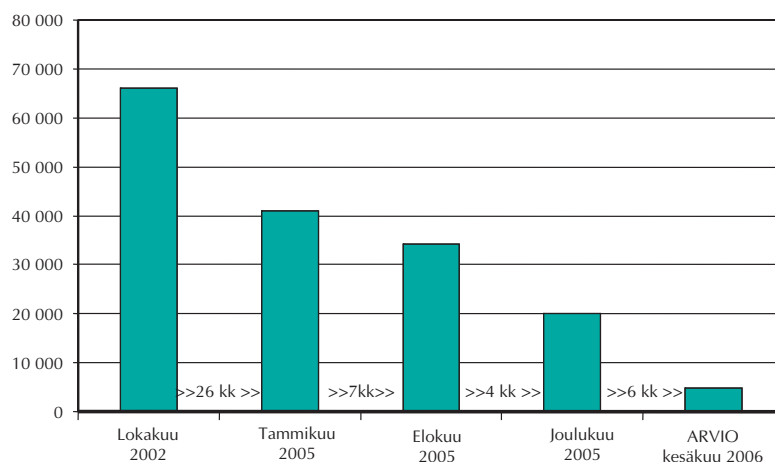
Hoitotakuu lyhensi jonoja

Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähteen saapumisesta. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito pitää järjestää viimeistään kuudessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Sosiaali- ja terveysministeriö on seurannut hoitoon pääsyä tarkasti lain voimaan tulosta lähtien. Potilaat pääsevät hoitoon sujuvammin ja oikea-aikaisemmin kuin ennen eri puolilla Suomea. Lainmuutokset ovat siten lisänneet terveyspalvelujen saannin tasa-arvoa. Muutokset ovat myös vauhdittaneet toimintatapojen uudistamista sairaanhoitopiireissä.

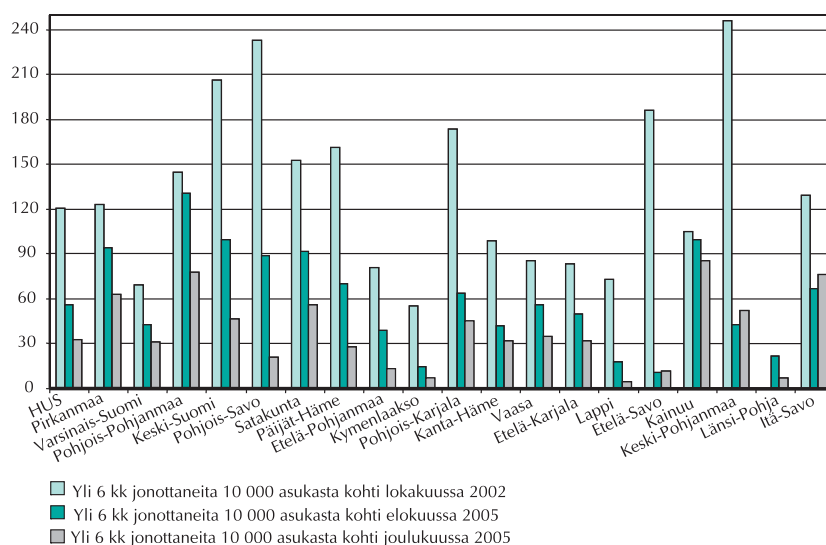
Tilannetta on seurattu elokuussa 2005 ja tammikuussa 2006 sairaanhoitopiireille tehdyin kyselyin. Lähtötilanteena on pidetty lokakuun 2002 tilannetta, jolloin valtion jononpurkurahat tulivat sairaanhoitopiirien käyttöön. Silloin oli 66 000 ihmistä, jotka olivat jonottaneet sairaalahoitoon yli puoli vuotta. Elokuussa 2005 (jolloin lain voimaantulosta oli kulunut 6 kk) heitä oli 34 000 ja joulukuussa 2005 noin 20 000. Sairanhoitopiirit arvioivat, että kesäkuussa 2006 noin 5 000 ihmistä on jonottanut sairaalahoitoa yli puoli vuotta (kuvio 9). Kehitys on esitetty sairaanhoitopiireittäin kuviossa 10. Myönteisestä kehityksestä huolimatta hoitajononissa on kuitenkin vielä paljon plastiikkakirurgisia, käsikirurgisia ja ortopedisiä hoitoja tarvitsevia sekä kuulonhuoltopalveluja odottavia henkilöitä.

KUVIO 9. Yli kuusi kuukautta erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin jonottaneiden määrän kehitys vuosina 2002–2006



Lähde: STM

KUVIO 10. Yli kuusi kuukautta erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin jonottaneiden määrät sairaanhoitopiireittäin lokakuussa 2002, joulukuussa 2005 ja elokuussa 2006.



Lähde: STM

3.1.6 Mielenterveyspalvelut

Avohoitopalvelujen kysyntä kasvaa

Mielenterveyden avopalvelujen kysyntä on kasvanut jatkuvasti. Vuonna 2002 terveydenhuollossa tilastoitiin lähes kaksi miljoonaa avohoitokäyntiä, niistä noin neljännes perusterveydenhuollossa, eli 111 käyntiä tuhatta asukasta kohti. Vuonna 2003 vastaava luku oli 137 ja vuonna 2004 jo 145. Määrän kasvuun on vaikuttanut kysynnän lisäksi myös psykiatristen toimintojen siirtyminen sairaanhoitopiireistä terveyskeskuksiin.

Tutkimustiedon valossa mielenterveyspalvelujen käytön lisäys ei johdu mielenterveyshäiriöiden lisääntymisestä, riippumatta siitä tarkastellaanko Suomen aikuisväestöä vai lapsia. Koko väestön fyysinen terveys kehittyvään suuntaan, mutta mielenterveyshäiriöiden suhteellinen osuus väestön sairaustaakasta kasvaa. Työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on laskenut, mutta mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kasvanut 1990-luvun puolivälistä. Nykyisellään yli 100 000 suomalaista on työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveyssyistä. Mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyjen sairauslomajaksojen määrä on kasvussa. Vuonna 2002 myönnettiin 24 % kaikista sairauspäivärahoista mielenterveyden häiriöiden perusteella.

Aikuispsykiatrian laitoshoidon väheni

Psykiatrinen laitoshoidon väheni edelleen lievästi (vuonna 2002 tuhatta asukasta kohti oli 369 psykiatrista hoitovuorokautta, vuonna 2004 luku oli 349). Psykiatrista hoitoa pyritään nykyään yhä enemmän toteuttamaan avohoitona, potilaan sosiaaliseen verkostoon säilyttäen. Sen sijaan psykiatrisissa sairaaloissa hoidettujen lasten (0–16-vuotiaat) määrä ei laskenut, mihin osasyynä on lasten- ja nuorisopsykiatrian valtiontuki. Vuosituhannen alussa lastenpsykiatrian jonot vähenivät, mutta lisämäärärahaa ja laitoshoidon lisääntymisestä huolimatta lastenpsykiatrista hoitoa jonottavien määrä ei ole enää vuoden 2003 jälkeen vähentynyt. Sairaanhoitopiirien ilmoitusten mukaan vuoden 2005 lopussa hoitoa jonotti vajaat 200 lasta. Suuntausta voitaisiin ehkä muuttaa kehittämällä jatkossa tehokkaita, moniammattisia, etsiviä avopalveluja, jotka olisi sovitettu yhteen lastensuojelun kanssa.

Kaikki psykiatrinen hoito on kuulunut erikoissairaanhoitolain hoitoon pääsyn ensimmäisaikojen piiriin 1.3.2005 alkaen. Lasten-, nuoriso- ja

aikuispsykiatrialle on luotu yhtenäiset kriteerit, ja sosiaali- ja terveysministeriö on seurannut hoitoon pääsyä. Se vaihtelee alueittain ja ongelmia esiintyy edelleen, mutta kehitys on myönteistä. Pääosa sairaanhoitopiireistä pystyy noudattamaan määräaikoja aikuispsykiatriassa, joskin ongelmat psykoterapeuttiseen hoitoon pääsyssä eivät välttämättä tilastoidu sairaanhoitopiirien ilmoittamiin jonolukuihin.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut yksityisten tuottamia

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ovat yhä harvemmin kuntien sosiaali- ja terveystoimen tuottamia. Vuoden 2002 lopussa 85 prosenttia asukkaista asui yksityisten tuottajien ylläpitämissä psykiatrisissa asumisyksiköissä. Koska mielenterveyskuntoutajat itse pystyvät muita asiakasryhmiä huonommin vaatimaan tuottajilta laadukkaita palveluja, kuntien ja läänien asumisen ja kuntoutuksen laadunvalvonta on ensiarvoisen tärkeää. Sosiaali- ja terveysministeriön valmisteilla oleva psykiatrian asumispalvelujen laatusuositus tukee laadunvalvontaa.

Taloudelliset voimavarat

Neljänsosa suomalaisten sairaustaakasta ja sairauspäivistä johtuu mielen-terveyden häiriöistä. Mielenterveyspalvelujen taloudellisista resursseista ei ole kattavaa kansallista tietoa, mutta tuoreen selvityksen mukaan kuntien mielenterveys- ja päihdepalvelukustannukset, kiinteät kustannukset mukaan lukien, arvioidaan 85–159 euroksi asukasta kohti vuodessa. Kuntien terveydenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2004 keskimäärin 1 399 euroa asukasta kohden.

Eduskunta on myöntänyt valtiontukea vuosina 2000–2003 lasten ja nuorten psykiatriin palveluihin ja vuodesta 2004 alle 16-vuotiaiden lasten psykiatriseen hoitoon ja kuntoutukseen (vuonna 2004 seitsemän miljoonaa euroa, vuonna 2005 viisi miljoonaa euroa, vuonna 2006 neljä miljoonaa euroa).

Mielenterveyspalvelujen haasteet

Mielenterveyspalveluilla on suuria haasteita palvelujen kysynnän kasvun takia. Avohoidon pitkäaikainen ja sitkeä henkilöstöpula osoittaa, että uusia ratkaisuja tarvitaan sekä organisaatioon että työn sisältöön, jos halutaan palauttaa mielenterveyspalvelujen ja erityisesti avopalvelujen vetovoima

ammattilaisten silmissä. Tavoitteena on laajentaa mielenterveystyötä siten, että se käsittää myös mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn. Käypä hoito -suositukset ja näyttöön perustuva toimintatapa ovat tulevaisuuden tavoitteita. Palvelurakenteen kehittäminen on tärkeää unohtamatta lähipalveluja. Kestävän pohjan luominen mielen-terveys- ja päihdetyön tiiviimmälle yhteistyölle on myös tärkeää. Etsivien mielenterveyspalvelujen kehittäminen on yksi mahdollisuus vakavasti syrjäytyneiden erityisryhmien auttamiseksi. Useassa suuressa hankkeessa, mm. Pohjanmaa-hankkeessa, joka on osa kansallista terveydenhuollon hanketta terveydenhuollon turvaamiseksi, kehitetään kokonaisvaltaisesti mielenterveyspalveluja ja niiden yhteistyötä päihdepalvelujen kanssa.

3.1.7 Suun terveydenhuollon palvelut

Suun terveydenhuollon palvelujen kehitys 2000–2005

Aikuisväestön terveyskeskushammashoitoon pääsyä rajoittaneet ikärajat poistettiin asteittain 2001–2002. Sairausvakuutuslakia muutettiin kansanterveyslain yhteydessä siten, että 1.12.2002 lukien sairausvakuutuskorvaukset koskevat kaikkia vakuutettuja iästä riippumatta. Uudistusta valmisteltaessa arvioitiin, että yksityissektorin potilaat jatkavat pääsääntöisesti aiemmin syntyneitä hoitosuhteita. Arvioitiin, että niissä kunnissa, joissa vuosina 1946–1955 syntyneet eivät olleet päässeet terveyskeskuksen järjestämään hammashoitoon, terveyskeskusten hammashoitopalveluja käyttää noin 25 prosenttia tästä ikäluokasta sen jälkeen kun siihen tulee mahdollisuus. Uudistuksen arvioitiin kasvattavan kunnallisen hammashoidon kävijämäärää 2001–2002 noin 146 000 potilasta.

Ennen uudistusta noin kolmannes väestöstä asui sellaisilla paikkakunnilla, useimmiten pienissä kunnissa, joiden terveyskeskus tarjosi suun terveydenhoitoa kaikille ilman ikärajoituksia. Toinen kolmannes asui kunnissa, joissa palveluita tarjottiin ensisijaisesti 1956 syntyneille ja sitä nuoremmille sekä erityisryhmille. Kolmannes väestöstä asui kaupungeissa, joissa suun terveydenhoitoa oli rajattu lapsiin ja nuoriin aikuisiin sekä erityisryhmiin.

Uudistuksen seurauksena 18 vuotta täyttäneiden potilaiden määrä kasvoi terveyskeskuksissa vuodesta 2000 vuoteen 2003 noin 90 000 henkilöä. Yksityissektorilla hoidettiin suunnilleen sama määrä potilaita ennen uudistusta ja sen jälkeen. Vuonna 2003 terveyskeskuksissa hoi-

dettiin 944 000 aikuista ja 857 000 lasta. Yksityissektorin hammashoidon korvauksia sai sairausvakuutuksesta 1 001 500 aikuista ja 10 000 lasta. Vuonna 2004 terveyskeskuksissa hoidettujen asiakkaiden määrä kasvoi 0,4 prosenttia vuoteen 2003 verrattuna. Yksityissektorilla hoitokorvauksia saaneiden määrä oli hienoisessa nousussa 2004.

Hammashoitouudistuksen vaikutuksia kansalaisten hammashoitopalvelujen käyttöön on arvioitu Kansanterveyslaitoksen ja Kansaneläkelaitoksen tutkimuksella vuosina 2001, 2002 ja 2004. Koettu suunterveys oli parantunut ja hoidon tarve vähentynyt vuoden 2001 keväästä vuoden 2004 kevääseen. Samalla vuoden aikana hammashoidossa käyneiden osuus oli kasvanut 57 prosentista 61 prosenttiin. Hoidossa käyneiden osuus kasvoi voimakkaimmin ikäryhmissä, jotka uudistus toi hinnaltaan alennettujen palvelujen piiriin. Vuosittaisen asiakasmäärän lisäys oli kohdistunut terveyskeskuksiin. Yksityishammaslääkäreillä merkittävin muutos oli asiakaskunnan nuorentuminen. Kehityksen suunta on ollut uudistuksen tavoitteiden mukainen. Hammashoitopalvelujen käyttö lisääntyi väestöryhmissä, jotka aiemmin eivät olleet hinnaltaan alennettujen palvelujen piirissä. Hammashoidossa käyntiä lisäsivät pääosin henkilöt, joiden edellisestä hammaslääkärikäynnistä oli kulunut vähintään kaksi vuotta. Suunta on oikea ajatellen palvelujen kohdentumista hoidon tarpeen perusteella. Vähemmän koulutettujen ja alimpaan tuloluokkaan kuuluvien hammashoitopalvelujen käytön lisääntyminen edistää pyrkimyksiä kaventaa sosioekonomisten ryhmien eroja.

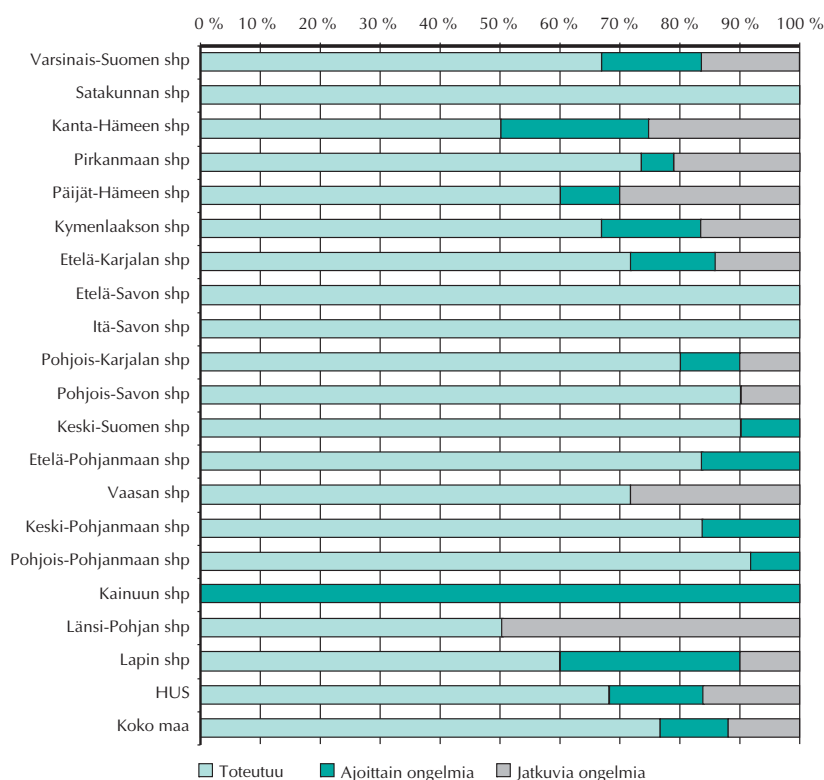
Suun terveydenhuollon palvelujen järjestäminen ja uudistukset

Hammashoitouudistus ja varsinkin hoitoon pääsyn määräajat ovat muuttaneet terveyskeskusten suun terveydenhuollon palvelujen järjestämistä ja selkiyttäneet periaatteet samoiksi kuin muussa terveydenhuollossa. Hoitoon pääsy terveyskeskuksissa määräytyy yksilöllisesti arvioidun hoidon tarpeen eikä esimerkiksi aiemman hoitosuhteen perusteella. Palvelujen saantia ovat yhtenäistäneet myös suun terveydenhuollossa laaditut yhtenäiset hoidon perusteet, joita on niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon keskeisissä tautiryhmissä.

Elokuussa 2005 suun terveydenhuollon hoitoon pääsy määräajassa eli kuudessa kuukaudessa toteutui 77 prosentissa terveyskeskuksista, kun taas 12 prosenttia terveyskeskuksista ilmoitti, että hoitoon pääsyssä

on jatkuvia ongelmia (kuvio 11). Siten 87 prosenttia väestöstä sai välittömästi yhteyden hoitopaikkaan. Väestöstä 13 prosentilla oli ajoittain ongelmia välittömän yhteyden saamisessa. Tilanne on kuitenkin kohenut huomattavasti verrattuna aiempaan, kun useissa terveyskeskuksissa hammashoitoaikoja voitiin antaa vain määräpäivinä tai muutaman tunnin soittoaikoina. Terveyskeskuksista 81 prosenttia ilmoitti elokuussa 2005, että asiakkaan hoidon tarve arvioidaan kolmessa vuorokaudessa. Yleensä se arvioidaan ensimmäisessä yhteydenotossa puhelimitse. Hoitoon pääsy hammaslääkärille kuuden kuukauden määräajassa ei vielä toteutunut 10 prosentissa terveyskeskuksista. Niiden väestöosuus on 25 prosenttia. Toisaalta lähes kolmanneksessa terveyskeskuksista hammaslääkärin hoitoon pääsi kolmen viikon sisällä. Suuhygienistin vastaanotolle pääsi useassa terveyskeskuksessa kolmen viikon kuluessa. Niiden alueella asui 41 prosenttia väestöstä.

KUVIO 11. Hoitoon pääsy kiireettömään suun hoitoon terveyskeskuksissa sairaanhoitopiireittäin elokuussa 2005



Hammashoitouudistus ja hoitoon pääsyn määräaikojen toteuttaminen ovat muuttaneet huomattavasti suun terveydenhuollon toimintakäytäntöjä. Merkittävä muutos on ollut myös välittömän yhteydenoton turvaaminen, mikä toteutuu lähes kaikissa terveystieteissä. Samalla arvioidaan hoidon tarve, ja arviointia on kehitetty voimakkaasti. Se määrää hoitoon pääsyn, kun aiemmin kaksi kolmasosaa väestöstä asui kunnissa, joissa pääsy määräytyi joko iän tai erityisryhmään kuulumisen perusteella. Työnjakoa on kehitetty, ja useassa terveystieteessä suuhygienistin hoitoon pääsee kolmessa viikossa. Ammattiryhmien välillä on hoitoa siirtynyt hammaslääkäreiltä suuhygienisteille ja hammashoitajille.

Suun terveydenhuollon palvelujen haasteet

Väestöryhmien suuret erot suun terveydessä ovat haaste palvelujärjestelmälle. Osa aikuisista käyttää palveluja vain ongelmien ilmaantuessa. Hoitojärjestelmän tulisi paremmin vastata myös heidän tarpeisiinsa, vaikka säännölliset ja yksilöllisesti ajoitetut hoitokäynnit ovatkin suositeltavia. Keski-ikäisillä on aiempaa enemmän omia hampaita, jotka vaativat hoitoa ja hoidossa käymistä. Hampaiden kiinnityskudosten hoidon ja hampaiden paikkaushoidon tarve kasvaa ainakin, jos sairastuvuus säilyy nykytasolla. Sekä kliinisesti että röntgenologisesti todettua hoidon tarvetta oli aikuisväestössä runsaasti. Kun myös iäkkäillä ihmisillä on yhä enemmän omia hampaita, hoidontarve painottuu nykyistä vanhempiin ikäluokkiin, joilla myös suun terveys on huonoin. Vaikka hampaattomuus vähitellen häviää, iäkkäät tarvitsevat edelleen runsaasti hammasproteettisia hoitoja ja proteesien korjauksia.

Huolestuttavaa on, että lasten ja nuorten suun terveydentilan hyvä kehitys on pysähtynyt 1990-luvulla. Lasten ja nuorten sekä aikuisten omahoito ja hampaiden harjaus on Suomessa huonolla tasolla verrattuna muihin Euroopan maihin. Lisäksi nuorten elintavat muuttuvat välipaloja suosiviksi ja suun terveydelle epäedullisiksi. Makeistarjonta on kasvanut esimerkiksi kouluissa. Tarvitaan eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja muiden hallinnonalojen yhteistyötä ja väestötasolla vaikuttamista.

3.1.8 Päihdepalvelut

Päihdepalvelujen tarve kasvaa

Alkoholin käyttö on kasvanut yhdeksänkymmentäluvun puolivälistä lähtien, ja kasvu on viime vuosina jyrkentynyt. Huumausaineiden käyttö

kasvoi koko yhdeksänkymmentäluvun. Huumeekokeilut ovat tasaantuneet 2000-luvulla. Sekä alkoholin että huumeiden käytön kasvu lisää selvästi palvelujärjestelmän hoidon ja palvelujen tarvetta. Alkoholin ja huumeiden käyttö esiintyvät usein rinnakkain, ja alkoholin käytön lisääntyminen voi myös edistää huumeiden käyttöä. Monien päihteiden yhtäaikainen käyttö on myös erityinen haaste palvelujärjestelmälle (ks. myös alaluku 2.2.4).

Osa haitoista ilmenee heti esimerkiksi alkoholimyrkytyksinä, tapaturmina tai huumausainoiden yliannostuksina, mutta suuri osa ilmenee vasta viipeellä. Päihdetilastollisessa vuosikirjassa 2005 raportoidaan erittäin suuri alkoholikuolemien kasvu vuodesta 2003 vuoteen 2004. Sekä poliisilta että päihdepalveluista saadut tiedot viittaavat selvästi siihen, että asiakkaat ovat niin fyysisesti kuin psyykkisesti aiempaa huonokuntoisimpia siirryttyään käyttämään runsaammin väkeviä alkoholijuomia. Se on ilmeisesti lisännyt erityisesti katkaisuhoidon käyttöä ja pidentänyt hoitoaikoja päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa

Päihdepalvelujen tarve kasvaa lähivuosina. Se taas vaatii lisää työvoimaa ja päihdeosaamista niin peruspalveluissa, kuten terveyskeskuksissa ja yleisissä sosiaalipalveluissa, kuin myös päihdehuollon erityispalveluissa. Päihdepalvelujen järjestämis- ja kehittämissuosituksia on kirjattu Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton julkaisemiin Päihdepalvelujen laatusuosituksiin.

Päihdepalvelujen käyttö lisääntynyt

Päihdetapauslaskennassa 14.10.2003 kartoitettiin koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Tapauksia kertyi laskentavuorokautena lähes 11 000. Vastaavia laskentoja on tehty vuosina 1987, 1991, 1995 ja 1999. Vuonna 2003 noin kolmannes päihdetapauksista laskettiin terveydenhuollossa ja niistä puolet mielenterveyspalveluissa. Käytetyimpiä palveluja olivat asumispalvelut, A-klinikat, sosiaalitoimistot ja psykiatristen sairaaloiden osastot.

Uusimmassa laskennassa alkoholi on selvästi säilyttänyt asemansa käytetyimpänä päihteenä. Yhdeksän kymmenestä käytti alkoholia, mutta useita päihteitä käyttäviä oli aiempaa enemmän ja pelkää alkoholia käyttäviä aiempaa vähemmän. Samalla päihdetapauksista voitiin todeta, että lääkkeiden käyttö päihtymistarkoituksessa ja huumeiden käyttö olivat yleistyneet. Ainakin yhtä laitonta huumetta oli käyttänyt 27 prosenttia päihdepalvelujen asiakkaista. Vuoden 2003 laskennassa kysyttiin en-

simmäistä kertaa, oliko heillä todettu jokin muu kuin päihteisiin liittyvä mielenterveyden häiriö. Sellainen oli havaittu melkein kahdella viidestä. Sitä esiintyi kolmasosalla miehistä ja lähes puolella naisista.

Naisten osuus päihdetapauksista on kasvanut koko laskenta-ajan. Vuonna 2003 naisten osuus oli reilu neljännes. Viidestä asiakkaasta neljä oli perheetöntä. Huono-osaisuus näkyi selvästi mm. työttömyytenä ja asumisen ongelmina. Naisten iän keskiarvo oli 41 ja miesten 45 vuotta. ”Märkään sukupolveen” kuuluvat, vuosina 1945–1954 syntyneet miehet ovat olleet suurin ryhmä, mutta vuoden 2003 laskennassa heidän osuutensa väheni ensimmäisen kerran. Palvelujen käytössä oli alkanut sukupolvenvaihdos, ja 20–29-vuotiaiden osuus oli noussut 16 prosenttiin.

Päihdepalvelujen kehittäminen

Päihdepalvelujärjestelmässä on kehitetty erityisesti huumausaineiden käyttäjille matalan kynnyksen neuvontapalveluja. Puutteita on kuitenkin yhä paljon ja uusia haasteita on tulossa. Katkaisuhoidtoa ei ole riittävästi tarjolla etenkin suurimmissa kaupungeissa. Myös hoitoon haluavat voivat joutua kohtuuttomasti odottamaan korvaus- tai ylläpitohoitoon pääsyä. Palvelujärjestelmässä on yhä myös kaikkein huono-osaisimmille päihdeongelmaisille kynnyksiä, joiden poistaminen on haaste. Monenlainen huono-osaisuus on päihdeasiakkailla varsin yleistä. Siksi kapea terapeutinen ote ei usein riitä, vaan hoidon rinnalla tarvitaankin eri tahojen tarjoamia monia muita tukitoimia.

Palvelujen käytössä näkyy alkanut sukupolven vaihdos. Se voi edellyttää uudenlaisten palvelujen kehittämistä nuoremmille. On kuitenkin pidettävä mielessä, että valtaosa päihdepalvelujen käyttäjistä on edelleen keski-ikäisiä eikä heidän tarpeitaan saa unohtaa. Asiakasrakenteen nuoreneneminen liittyy huumeiden käyttöön. Nuoremmat käyttävät runsaasti huumeita, kun taas vanhemmilla ryhmillä se on harvinaisempaa.

Palvelujärjestelmässä päihdehuoltoon erikoistuneet yksiköt ovat tärkeitä. Päihdehuollon erityispalveluja ei kuitenkaan voi lisätä loputtomiin mm. kunnan pienen väestömäärän vuoksi. Siksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut kuten terveyskeskukset on saatava aktiivisemmin toteamaan varhain päihdeongelmia ja hoitamaan niitä. Peruspalvelut ovat myös neutraaleja ja kaikkien ulottuvilla.

Monessa kunnassa on yhä ratkaisematta, miten olisi mielekkäintä järjestää hoito ja kuntoutus päihdeongelmaisille, joilla on myös mielen-

terveyden häiriöitä. Se edellyttää sosiaali- ja terveystalvelujen järkevän työnjaon ja selvän hoitovastuun määrittelyä sekä selkeää seudullista otetta palvelujen järjestämisessä ja organisoinnissa.

Päihdeongelman vuoksi ei usein ole helppo hakea apua sosiaali- ja terveystalveluista. Siksi pitää olla mahdollisimman helppoa päästä esimerkiksi katkaisuhoidtoon. Päihdeongelmaan kuuluu myös prosessimaisuus, jossa hoidon aikana välillä edistytään ja taannutaan. Siksi palvelujärjestelmän tulee joustaa ja hyväksyä myös asiakkaan retkahdukset. Niitä pitää kyetä käsittelemään osana normaalia terveys- ja sosiaaltalvelutyötä.

3.1.9 Sosiaalityö

Palvelurakenteen muutos on kasvattanut tarvetta vahvistaa sosiaalityön taitoja ja uudistaa organisaatiota. Myös asiakkaiden palvelutarpeen ja toimintaympäristön muutokset, pula päteivistä sosiaalityöntekijöistä ja ammatin vetovoiman säilyttäminen edellyttävät kehittämistä.

Sosiaalityön neuvottelukunta (2002–2005) linjasi vuoden 2005 lopussa alan kehittämisen pääsuunnat vuoteen 2015. Lähitulevaisuuden haasteet on tiivistetty neljäksi strategiaksi: (i) sosiaalityön suuntautumisten kehittäminen osaamisperustaksi; (ii) sosiaalityön rakenteiden ja organisoinnin muuttaminen asiakkaiden tarpeita ja sosiaalityön osaamista vastaaviksi; (iii) asiakkaiden osallistumisen ja sosiaalityön eettisyyden vahvistaminen sekä (iv) sosiaalityön koulutuksen ja tutkimuksen suuntaaminen perustutkimukseen ja vastaamaan yhteiskunnan nopeisiin muutoksiin. Tavoitteena on luoda uudenmuotoinen sosiaalityön professio, joka tietoisesti siirtyy reaktiivisesta, korjaavasta, hyvinvointivaltion järjestelmissä toimivasta sosiaalityöstä kohti ehkäisevää, vahvistavaa, vaikuttavaa ja kumppanuuteen perustuvaa sosiaalityötä.

Sosiaaltalan tulevaisuuden turvaamiseksi annetun valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan on turvattava palvelujen saanti ja laatu ja parannettava niiden tuottamista asiakkaan tarpeiden mukaan. Asiakkaan omatoimisuuden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja vahvistaminen edellyttävät, että sosiaalityö muodostaa joustavia palveluketjuja alueellisesti ja paikallisesti. Sosiaalityössä tiivistetään yhteistyötä terveys-, opetus-, asunto-, työ- ja liikenneviranomaisten sekä yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa.

Sosiaalialan kehittämishankkeessa alettiin 2005 valmistella säännöksiä, joiden tarkoituksena on turvata asiakkaan pääsy sosiaalityössä palvelutarpeen arviointiin niin, että ongelmiin voidaan puuttua mahdollisimman varhain ja vahvistaa erityisesti huono-osaisten ja eniten tukea tarvitsevien voimavaroja. Myös sosiaalialan henkilöstön tehtävärakenteen ja mitoituksen suositusten valmistelu on aloitettu. Niiden avulla on tarkoitus selkiyttää sosiaalialan ammattiryhmien tehtäväjako sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun lain (272/2005) perusteella.

Kiireellisen sosiaalipalvelun järjestäminen

Kertomuskaudella käynnistettiin sosiaalihuollon päivystystoiminnan rakentaminen kunnissa. Tavoitteena on, että vuoteen 2007 mennessä kaikissa kunnissa on asianmukaisesti järjestetty päivystystoiminta. Tällä hetkellä sosiaalipäivystys toimii asianmukaisesti noin 120 kunnassa ja noin 40 kunnassa päivystys on järjestetty lastensuojelutilanteiden varalle. Sosiaalipäivystyksen suunnittelu on käynnissä suurimmassa osassa kunnissa. Suunnittelun on myönnetty useille alueille valtionavustusta.

Suurimmat kunnat järjestävät sosiaalipäivystystä omana toimintanaan, mutta useimmiten päivystys toteutetaan kuntien välisenä yhteistyönä. Järjestämistapoja on monia. Myös järjestöjen tuottamia palveluja on nivottu osaksi päivystyskokonaisuutta.

3.1.10 Lasten ja lapsiperheiden palvelut

Lapsiasiavaltuutettu lapsen äänen vahvistajaksi

Vuonna 2005 aloitti toimintansa ensimmäinen lapsiasiavaltuutettu. Lapsiasiavaltuutettu toimii yhteistyössä muiden viranomaisten, kuntien, kirkon, järjestöjen, tutkimuksen ja muiden lapsipolitiikan toimijoiden ja alan asiantuntijoiden kanssa. Lapsiasiavaltuutettu ei korvaa muiden viranomaisten toimintaa vaan täydentää niitä. Tavoitteena on verkottumista vahvistamalla parantaa lapsipolitiikan tehoa ja vahvistaa lapsen äänen kuulumista. Hyvät yhteydet myös lastensuojelu-, varhaisnuoriso-, nuoriso- ja liikunta- sekä sosiaali- ja terveysalan järjestöihin ovat lapsiasiavaltuutetun työssä tärkeitä.

Toimintatapoina ovat aloitteet, kannanotot, neuvot, julkiset esiintymiset sekä selvitystyöt. Lapsiasiavaltuutettu voi tehtävänsä toteuttamiseksi antaa

aloitteellisesti sekä pyynnöstä lausuntoja, suosituksia, ohjeita ja neuvoja yhteiskunnallisen päätöksenteon kehittämiseksi. Tätä varten hänellä on oikeus saada päätöksentekoasiakirjoja mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Valtuutettu voi myös teettää tutkimuksia ja selvityksiä. Lapsiasia-valtuutetun tehtävänä on muun muassa seurata lasten ja nuorten elinoloja ja heidän oikeuksiensa toteutumista ja raportoida siitä valtioneuvostolle vuosittain.

Julkinen vaikuttaminen ja osallistuminen yhteiskunnalliseen keskusteluun kuuluu myös valtuutetun toimintamuotoihin. Vaikuttaminen voi suuntautua myös esimerkiksi elinkeinoelämään, työmarkkinajärjestöihin sekä joukkotiedotusvälineisiin.

Uusia perhe- ja lapsikeskeisiä toimintamenetelmiä kehitetään

Varpu-hanke

Syrjäytymisvaarassa olevat lapset tulisi tunnistaa varhain, jotta heitä ja heidän perheitään voitaisiin auttaa. Avainasemassa ovat lastenneuvolat ja päivähoito. Stakes toteutti vuosina 2001–2004 sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön koordinoiman Varhainen puuttuminen (Varpu) -hankkeen, joka jatkuu Sosiaalialan kehittämishankkeen osana vuoden 2007 loppuun (ks. luku 4.2.2).

Tavoitteena oli kehittää työmenetelmiä, joilla kyetään puuttumaan varhain lasten, nuorten ja perheiden ongelmiin. Koska lasten ja perheiden kriiseihin kytkeytyy usein monia auttajatahoja, hankkeessa kehitettiin ammattiryhmä- tai sektorikohtaisten työkäytäntöjen lisäksi verkostomaisiin tilanteisiin sopivia yhteistyömenetelmiä.

Hankkeen seuranta- ja vaikuttavuustutkimus hankki noin puolen vuoden kuluttua asiakaspalautetta uudentyyppisistä dialogisista yhteistyöpalaverista. Se osoitti palaverien olleen hyödyllisiä. Perheiden ja työntekijöiden yhteistyö oli jäsentynyt ja parantunut ja tukisuunnitelmat olivat toteutuneet. Myös puheeksiottomenetelmä oli toiminut erittäin hyvin: työntekijän huoli lapsesta oli saatu käsittelemään ja yhteistyö vanhempien kanssa oli tuottanut tuloksia.

Varpu-menetelmien vakiinnuttamista perustyöhön hankaloittavat kuitenkin jäykkä sektorikeskeinen palvelujärjestelmä ja hallinnonalojen välimaaston sijoittuvan yhteistoiminnan rahoitukseen ja johtamiseen liittyvät kysymykset.

Perhe-hanke

Vahvat sosiaaliset verkostot ehkäisevät perheiden syrjäytymistä. Perheet itse arvostavat keskinäistä kanssakäymistä samassa elämäntilanteessa olevien perheiden kanssa. Perhe-hanke on vuoteen 2007 ulottuvien, sosiaalialan ja terveydenhuollon kansallisten kehittämishankkeiden yhteishanke, jossa pyritään uudistamaan erityisesti peruspalvelujen kuten neuvolan, päivähoidon ja koulun toimintatapoja ja -kulttuuria. Hankkeen tavoitteena on luoda toimijoiden kumppanuuteen perustuvia perhekeskuksia. Kunnallisten palvelujen lisäksi perhekeskuksen verkostoon kuuluvat seurakunnat, järjestöt, perheet itse, muut vapaaehtoiset ja yksityinen sektori. Perhe-hankkeessa kiinnitetään huomiota kumppanuuksjohtamiseen ja kasvatuskumppanuuteen sekä vahvistetaan ennaltaehkäisevää perhetyötä ja perheiden vertaistukeen liittyviä valmiuksia.

Toimiva lapsi & perhe -hanke

Vanhemman mielenterveyden häiriö heijastuu koko perheen elämään. Arkiset toimet ja kanssakäyminen voivat kärsiä ja lasten kehityksessä voi ilmetä ongelmia. Stakesin Toimiva lapsi & perhe -hankkeessa kehitetään terveyden- ja sosiaalihuollon sekä sivistystoimen käyttöön menetelmiä, joilla tuetaan perheitä ja lapsia sekä ehkäistään lasten häiriöitä. Neuvonnallisessa *Lapset Puheeksi -työmenetelmässä* työntekijä keskustelelee asioista vanhempien kanssa. *Ehkäisevässä perheinterventio* (Beardsleen perheinterventio) -menetelmässä työskennellään vanhempien ja lasten kanssa ja lopuksi pidetään yhteinen perheistunto. Vanhempia tuetaan kertomaan lapsille, mitä vanhemman ongelmat ovat ja mitä perheessä tapahtuu.

Hankkeen tavoitteena on myös ylimalkaan vahvistaa ehkäisevää otetta sosiaali- ja terveystalpalveluissa ja rakentaa yhteistyötä aikuisten ja lasten palvelujen välille. Hankkeessa koulutetaan terveyden- ja sosiaalihuollon sekä sivistystoimen työntekijöitä työmenetelmiin ja niiden kouluttajiksi. Työmenetelmät pyritään juurruttamaan osaksi työntekijöiden koulutusta ja potilaan hyvää hoitoa. Tavoitteena on rakentaa valtakunnallinen ja kansainvälinen työmenetelmien kehittämisverkosto. Syksyn 2005 lopulla hankkeessa oli koulutettu yli 400 työntekijää ja 50 työmenetelmäkouluttajaa.

Läheisneuvonpito

Stakes koordinoi vuosina 2004–2006 pohjoismaista hanketta, jossa kootaan läheisneuvonpidosta eri maissa saatuja kokemuksia käytettäväksi

perheiden kanssa tehtävässä sosiaalityössä. Läheisneuvonpito on tapa vahvistaa lastensuojelun asiakkaan ja hänen lähipiirinsä asemaa ja voimavaroja oman asiansa selvittämisessä ja ratkaisemisessa. Alun perin Uudessa-Seelannissa kehitetty menetelmä on herättänyt mielenkiintoa ympäri maailmaa. Hankkeessa esiin nostettuja kysymyksiä ovat: miten asiakkaat ja erityisesti lapset tulevat kuulluiksi sosiaalityössä, miten asiakkaiden toiveita ja mielipiteitä selvitetään, miten vahvistaa heidän omia resurssejaan, miten toteutetaan lapsen etu, miten turvata läheisten osallistuminen ja vastuunotto sekä miten tehdä viranomaisten toiminta näkyvämmäksi. Hankkeessa kerätään palautetta menetelmän toimivuudesta sekä lapsilta itseltään että heidän perheenjäseniltään. Läheisneuvonpidon vaikutuksia arvioidaan lapsen näkökulmasta: miten tällä ajattelu- ja työtavalla voidaan tukea lasta parhaalla mahdollisella tavalla. Pohjoismaisen hankkeen ohella Stakesissa juurrutetaan ja kehitetään läheisneuvonpitoa kansallisesti.

Elämäkertaketju-hanke

Stakesin Elämäkertaketju-hankkeessa 1999–2005 kehitettiin aisteja stimuloivin taiteen keinoin itseilmaisuvälineitä lastensuojelussa toimiville ihmisille. Oletuksena oli, että kyvyttömyys hahmottaa oma elämäntarina uskottavalla tavalla on merkittävä tekijä syrjäytymisen dynamiikassa. Ideana oli rikastuttaa kanssakäymistä niin, että arkinen kerronta elämästä tavoittaisi emotionaalisesti toden tason. Oman elämän juonen etsiminen ja taideilmaisut olivat tärkeitä hankkeen koulutuksessa, jossa perehdyttiin draaman, värin, sarjakuvan, valokuvan ja musiikin kieliin. Siinä oli mukana lastenkotien, perhehoidon ja koulukotien henkilöstöä. Tärkein tulos oli, että työntekijöiden puheenaiheet lasten kanssa ovat lähentyneet lasten kokemuksiin. Hankkeen koulutus jatkuu.

Sosiaalialan kehittämisohjelmassa on tuotettu aineistoa lastensuojelun kehittämismenetelmistä ja tilastoinnista.

Äitiys- ja lastenneuvoloiden kattavuus hyvä, mutta palveluissa suuria eroja

Äitiysneuvolat ovat olleet vaikuttamassa siihen, että Suomi on ollut äiti- ja imeväiskuolleisuuden vähäisyyden suhteen maailman kärkimaita jo vuosikausia, samoin kuin keskosuudessa ja syntyneiden pienipainoisuudessa. Raskaana olevista naisista noin 95 prosenttia käy terveystar-

kastuksessa ennen neljännen raskauskuukauden päättymistä. Vuonna 2003 äitiysneuvoloissa oli lähes miljoona käyntiä, joista lääkärikäyntejä joka viides.

Keskenmenoihin ja raskauden keskeyttämiseen liittyvät palvelut saattavat olla liian toimenpidekeskeisiä, jolloin naisen psyykkiseen tilanteeseen ei paneuduta riittävästi. Lisäksi perhesuunnittelun tulokset ovat huonontuneet, ja aborttiluvut ovat kääntyneet uudelleen nousuun. Vuonna 2004 raskauden keskeytyksiä oli runsaat 10 700: 9,1 keskeytystä 1 000 hedelmällisyysikäistä naista kohti. Kymmenen vuotta aikaisemmin vastaava luku oli 8,2. Keskeytykset ovat lisääntyneet erityisesti 20–30- ja 15–19-vuotiaiden ikäluokissa.

Lastenneuvoloita käyttävät käytännöllisesti katsoen kaikki perheet. Lastenneuvoloissa on vuosittain toista miljoonaa käyntiä. Käyntien määrä on kuitenkin laskenut viime vuosina, mikä selittyy osittain syntyvyyden alenemisella.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2005 julkaiseman ensimmäisen valtakunnallisen selvityksen mukaan neuvoloiden johtaminen ja henkilöstövoimavarat sekä toiminnan sisältö ja tavat vaihtelivat eri puolilla maata. Niissä oli useita vahvuuksia mutta myös paljon kehitettävää.

Useimmissa terveyskeskuksissa neuvoloiden keskeisenä pulmana olivat niukat henkilöstövoimavarat. Sekä terveydenhoitajia että lääkäreitä oli suosituksia vähemmän. Se näkyi esimerkiksi määräaikaistarkastusten niukkuutena ja kotikäyntien vähenemisenä. Terveydenhoitajan tekemät imeväisten tarkastukset olivat suositusten mukaisia vain kolmasosassa terveyskeskuksia. Erityisen huolestuttavaa on, että silloin ei pystytä riittävästi tunnistamaan erityistuen tarpeessa olevia lapsia ja perheitä ja järjestämään heille tarvittavaa tukea. Se olisi välttämätöntä terveyserojen vähentämiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Arviolta 10–30 prosenttia neuvolaikäisistä lapsista on erityistuen tarpeessa.

Neuvolatoiminnan vahvuutena oli, että lapsen ja vanhemman varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen on vakiintunut pysyväksi käytännöksi valtaosassa neuvoloita, ja lähes kaikki terveydenhoitajat ovat kouluttautuneet siihen. Mielenterveyden tukemiseen tarkoitettujen menetelmien myönteisistä vaikutuksista äideille ja lapsille on tutkimusnäyttöä. Perhevalmennus on vakiintunut koko maahan ja sen sisällöt ovat monipuolistuneet. Lisäksi on aloitettu lapsiperheiden palvelujen verkottaminen ja eri ammattiryhmien yhteistyön kehittäminen.

Neuvoloita koskeva selvitys kuvasi neuvolatoiminnan tilaa vuonna 2004. Samana vuonna sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi työntekijöille laajan oppaan ”Lastenneuvola lapsiperheiden tukena”, joka antaa kunnille suuntaviivat kehittää lastenneuvolatoimintaa. Oppaan tarkoituksena on tehostaa erityistukea tarvitsevien lasten ja perheiden palveluja, neuvolan verkottumista kunnan muiden lapsiperhetyötä tekevien tahojen kanssa, vanhemmuuden ja parisuhteen tukemista sekä vahvistaa lasten ja perheiden terveyttä edistäviä elintapoja. Neuvolan toimintaedellytysten varmistamiseksi oppaassa ehdotetaan kehittämään johtamista, turvaamaan riittävät henkilöstöresurssit, seuraamaan kustannusten tuloksia sekä sisällyttämään lastenneuvot osaksi kunnallista päätöksentekoa. Syksyn 2005 terveyskeskuskyselyn mukaan kuntapäättäjät ja terveyskeskusten johtoryhmät olivat käsitelleet opasta melko vähän.

Vuoden 2006 alussa voimaan tulleet Kansanterveyslain uudistukset vahvistavat neuvolan asemaa terveyden edistämisessä. Lain mukaan on mahdollista tarvittaessa antaa asetus neuvolan terveystarkastusten ja -neuvonnan sisällöstä ja määrästä. Sosiaali- ja terveysministeriö on rahoittanut Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen toimintaa vuodesta 2002. Keskukseen tehtävänä on tukea neuvolatoiminnan kehittämistä.

Päivähoidon järjestämisessä alueellisia eroja

Kodin ulkopuolella järjestetyn päivähoidon osuus kasvaa lapsen iän mukana. 1–2-vuotiaista vielä 64 prosenttia hoidetaan kotona, mutta kolmannesta ikävuodesta lähtien osuus vähenee 36 prosenttiin. Kunnallisessa päivähoidossa (päiväkodit ja perhepäivähoito) on vajaa puolet alle kouluikäisistä lapsista. Yksityisesti järjestetyssä päivähoidossa olevien lasten määrä on pysynyt 2000-luvulla noin 14 000:ssa. Määrä on noin 4–5 prosenttia kaikista lapsista.

Ikäluokkien pienetessä myös päivähoidossa olevien lasten määrä on vähentynyt. Lasten päivähoito on keskittynyt aiempaa enemmän päiväko-teihin, ja perhepäivähoidosta on poistunut lähes kolmannes. Vanhempien epäsäännöllisten työaikojen vuoksi noin 7 prosenttia alle kouluikäisistä lapsista käyttää kunnallista päivähoitoa iltaisin, öisin ja viikonloppuisin. Kolmasosa kunnista ei kuitenkaan ole pystynyt järjestämään sitä kaikille tarvitseville. Noin 7 prosenttia lapsista on erityisen tuen tarpeessa. Lastensuojelun tukitoimenpiteenä päivähoitopaikka on myönnetty reilulle yhdelle prosentille päivähoidossa olevista lapsista. Tukitoimista on kuiten-

kin pulaa, ja henkilöstön mahdollisuudet muiden asiantuntijoiden tukeen, konsultaatioon tai työnohjaukseen ovat riittämättömät.

Stakes julkaisi vuonna 2003 päivähoitopalvelujen sisällön kehittämiseen laatusuosituksen Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet -oppaan. Lähes kaikki kunnat (93 %) ovat lähteneet toteuttamaan kuntakohtaisia sekä yksikkökohtaisia Varhaiskasvatuksen suunnitelmia suosituksen pohjalta.

Päivähoidon lukujen muutos liittyy myös vuosina 2000-01 toteutettuun esiopetus uudistukseen, joka saavutti nopeasti lähes kaikki 6-vuotiaat (96 prosenttia vuonna 2004). Uudistus otettiin hyvin vastaan ja sen arvioidaan vastanneen perheiden tarpeita. Esiopetus toteutetaan pääosin päivähoitossa, mutta ryhmiä on myös kouluissa, ja useissa kunnissa esiopetus järjestetään hallintokuntien yhteistyönä. Esiopetuksen saavutettavuutta on lisännyt vuoden 2004 elokuussa voimaantullut oikeus maksuttomaan esiopetuskuljetukseen.

Lasten aamu- ja iltapäivätoimintaa koskeva uudistus tuli voimaan 1.8.2004. Jo samana vuonna valtaosa kunnista (343 kuntaa) järjesti maksullista aamu- ja iltapäivätoimintaa noin 50 000 lapselle.

Kouluterveydenhuollon palvelut eivät vastaa kansallisia suosituksia

Koululla on tärkeä merkitys lapsen elämässä. Vahvistamalla kouluyhteisöä ja kouluterveydenhuollon palveluja voidaan luoda edellytykset terveellisille elintavoille, tunnistaa monet alkavat ongelmat ja antaa tarvittava tuki heti. Kouluterveydenhuollon keskeisiä periaatteita ovat kiinteä ja hyvä yhteistyö kodin ja vanhempien kanssa sekä toimiva yhteistyö kouluyhteisön kaikkien ammattiryhmien kesken.

Stakes julkaisi vuonna 2002 Kouluterveydenhuollon oppaan. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi 2004 Suomen Kuntaliiton kanssa Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen. Vuonna 2005 tehtyjen kyselyjen mukaan joka kolmannessa terveyskeskuksessa oli laatusuosituksen valmistuttua tarkistettu kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmaa. Laajat terveys- ja työolotarkastukset tehtiin laatusuosituksen mukaisesti noin joka kymmennessä terveyskeskuksessa.

Kouluterveydenhuollon henkilöstön kehityksestä 1990-luvun puolivälin jälkeen ei ole vertailukelpoisia tietoja. Syksyn 2005 terveyskeskuskyselyn mukaan kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat olivat 2003–2005 pysyneet ennallaan useimmissa terveyskeskuksissa. Lisäystä ilmoitti noin

10 prosenttia ja vähenemistä noin 5 prosenttia. Vastanneista terveyskeskuksista 55 prosenttia ilmoitti kokoaikaista terveydenhoitajaa kohti olleen 700 oppilasta tai enemmän. Laatusuosituksen mukaan suhdeluvun tulisi olla enintään 600. Koululääkäreiden osalta vaihteluväli oli vielä laajempi. Useissa terveyskeskuksissa ei edes tiedetty, paljonko oppilaita oli koululääkäreitä kohti. Kouluterveydenhuollon ohjeistuksen mukaiset laajat terveystarkastukset tehdään runsaassa puolessa terveyskeskuksia.

Lasten ja nuorten näkökulmasta tietoa kerätään kouluterveyskyselyllä kahden vuoden välein. Se sisältää kysymyksiä lasten terveydentilasta, elinoloista, koulutyöstä, terveydestä ja terveystottumuksista. Tieto palvelee kuntien hyvinvointistrategiaa sekä kouluterveydenhuollon ja koulujen oppilashuollon kehittämistä.

Eduskunta osoitti vuoden 2002 talousarvioissa kunnille noin 70 miljoonan euron lisäyksen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenoihin ja perusteli sitä kouluterveydenhuollon ja lasten iltapäivätoiminnan tehostamisella. Peruskoulujen terveydenhuollon käyttömenot olivat 2005 noin 60 miljoonaa euroa. Vuoden 2006 alussa tuli voimaan kansanterveyslain muutos, jonka mukaan valtioneuvosto voi säätää asetuksella tarkemmin kouluterveydenhuollon terveystarkastusten ja -neuvonnan sisällöstä ja määrästä.

Laman seuraukset näkyvät perheneuvoloissa, lastensuojelussa ja erikoissairaanhoidossa. Perheneuvoloiden asiakasmäärät ovat kasvaneet lähes puolet 1990-luvun alkuun verraten. 2000-luvulla perheneuvoloissa on käynyt vuosittain noin 75 000 asiakasta: yli 33 000 lasta ja 42 000 aikuista. Vähentyneillä henkilöstöresursseilla ei täysin pystytä vastaamaan tarpeeseen.

Lastensuojelun tarve on kasvanut jyrkästi koko 1990-luvun. Huostaanotot ovat vuosikymmenessä lisääntyneet kolmanneksen. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä nousi lähes 50 prosenttia. Perhehoidon osuus lasten sijoitusmuotona on vähentynyt. Lastensuojelulaitosten (sisältää myös perheryhmäkodit) määrä on lisääntynyt, mutta hoitoyksiköt ovat samanaikaisesti pienentyneet. Niinpä laitospaikkojen määrä on pysynyt noin kolmenatuhantena. Pulaa on varsinkin nuorten päihde- ja huumehoitoon erikoistuneista laitoksista. Uutena asiakasryhmänä ovat maahanmuuttajalapset, joiden kohtaaminen ja hoitaminen edellyttävät aivan uudenlaisia taitoja.

Lasten psyykkisen kehityksen häiriöt ovat lisääntyneet huomattavasti. Kun erikoissairaanhoidon palvelujen piirissä vuonna 1999 oli noin 10 000

lasta, niin vuonna 2003 heidän lukunsa oli kasvanut jo lähes 17 600 lapseen.

3.1.11 Työikäisten palvelut

Työterveyshuolto

Valtioneuvoston periaatepäättös Työterveys 2015 — Työterveyshuollon kehittämislinjat hyväksyttiin tammikuussa 2004. Työterveyshuollon kymmenen kehittämislinjaa tukevat työterveyshuoltolain toimeenpanoa.

Työterveyslaitos teki vuonna 2003–2004 sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta tutkimuksen ”Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutus ja käyttö v. 2003”. Se täsmensi kuvaa työterveyshuollon henkilöresursseista, moniammattisuuden toteutumisesta sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden pätevyydestä. Tieto kerättiin kaikilta työterveyspalvelujen tuottajilta sekä ammattihenkilöiltä ja asiantuntijoilta. Ministeriö on julkaissut tutkimuksen tulokset kirjana ja verkkojulkaisuna keväällä 2005.

Työterveyshuollon keskeiseksi muutokseksi todettiin, että vuosina 2000–2003 yritysten omien työterveysasemien osuus oli vähentynyt selvästi (25 prosentista 18:aan) ja vastaavasti lääkäriasemien osuus kasvanut (32 prosentista 39:ään). Muutoksen syynä on ollut lähinnä ulkoistaminen ja yritysrakenteen muutos.

Tutkimuksessa todettiin, että työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutustaso sekä monipuolinen ammattikirjo ovat yhteydessä työterveysaseman kokoon. Yli 4 000 henkilöasiakkaan työterveysyksiköissä lääkärin, terveydenhoitajan ja fysioterapeutin koulutustaso on hyvä ja ammattikirjo riittävän monipuolinen. Suuremmissa työterveysyksiköissä myös psykologia käytetään useammin ja he ovat keskimäärin pätevämpiä. Työterveyshuollon erikoislääkäreitä ja terveydenhoitajia jää lähivuosina paljon eläkkeelle. Täydennyskoulutusta työterveyshuollon keskeiset henkilöryhmät ovat saaneet kohtuullisesti. Se otettiin huomioon laadittaessa syksyllä 2004 sosiaali- ja terveysministeriön suositusta ”Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden pätevyys ja STM:n ohjeet työterveyshuollon täydennyskoulutuksesta”.

Samaan aikaan hallitus antoi esityksen työterveyshuollon erikoislääkärinkoulutuksen tehostamisesta siten, että vuosittain valmistuvien työterveyshuollon erikoislääkärien määrä voidaan nostaa noin viiteenkymmeneen

vuodessa, kaksinkertaiseksi nykyisestä. Tarkoituksena on samalla parantaa koulutuksen laatua ja sisältöä. Rahoitus suunnattiin Työterveyslaitokselle ja yliopistoille kuin myös yksityispuolella erikoistuvien työnantajille ja kouluttajille. Eduskunta hyväksyi lain ja se tuli porrastetusti voimaan vuoden 2005 alusta. Myös muiden työterveyshuollon henkilöryhmien koulutuksen kehittäminen on käynnissä sosiaali- ja terveysministeriön, opetusministeriön ja Työterveyslaitoksen voimin.

Työterveyshuollon piiriin kuului vuonna 2003 arviolta 1,9 miljoonaa työntekijää. Vuonna 2004 se kattoi arviolta 92 prosenttia kaikista palkansaajista. Työterveyshuoltopalvelujen ulkopuolella olevat ovat pääosin yrittäjiä, omaa työtään tekeviä ja alle 10 hengen työpaikkojen työntekijöitä. Vuoden 2006 alusta yrittäjät voivat järjestää työterveyshuoltopalveluina myös sairaanhoitopalveluja. Tämä lisää yrittäjien kiinnostusta yrittäjille vapaaehtoisten työterveyshuoltopalvelujen järjestämiseen.

Työterveysyksikköjen määrä vuonna 2000 oli noin tuhat ja niiden mediaanikoko palvelujen piiriin kuuluvien työntekijöiden määrällä mitaten noin 1 000 työntekijää. Se merkitsee, että yli 500 työterveyshuoltoyksiköllä on alle 1 000 työntekijäasiakasta. Työterveysasemilla, joiden palveltavana on vähintään 4 000 työntekijää, on yli 900 000 asiakasta. Työterveysasemien yksikkökoko on suurennettava riittävän moniammatillisen, laadukkaan ja vaikuttavan palvelun varmistamiseksi. Kansanterveyslain muutos, joka mahdollistaa työterveyshuoltopalvelujen järjestämisen irrallaan kansanterveystyöstä kuntien välisenä yhteistyönä, osaltaan parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua.

On vähemmän tunnettua, että työterveyshuollossa hoidetaan noin kolmannes työssäkäyvien avosairaanhoidosta. Noin kolmannes Suomen työssäkäyvistä työskentelee kotipaikkakunnan ulkopuolella. Sairaanhoito ja terveystarkastukset merkitsevät noin 5,4 miljoonaa käyntiä työterveyslääkäriin, työterveyshoitajan tai työfysioterapeutin luona. Koko työterveyshuollon kustannukset ovat nykyisin noin 330 miljoonaa euroa, josta Kela korvaa noin 160 miljoonaa euroa ja työnantajat maksavat loput.

Työterveyshuolto on viime vuosina lisännyt eritoten työkykyä ylläpitävää (tyky) toimintaa asiakastoimipaikoilla (yksityisillä ja julkisilla). Se on korostunut myös Työterveyslaitoksen tiedonvälityksessä ja koulutuksessa. Tuore Tyky-barometri vuodelta 2004 kertoo työterveyshuollon suuntautuneen enemmän tyky-toiminnan suunnitteluun asiakastoimipaikkojensa kanssa. Toimipaikat itse ovat ottaneet suuremman vastuun tyky-toimin-

tansa järjestämisestä. Työnantajien mukaan se on useimmiten työyhteisön toimivuuden, työn sujumisen ja johtamisen kehittämistä, ammatillisen osaamisen kehittämistä sekä terveyden ja elintapojen parantamista. Työterveyshuolto on siten pyrkinyt toimipaikkojen kanssa pidentämään työuraa. Toiminnan vaikutukset näkyvät tuoreessa Tilastokeskuksen tutkimuksessa, jossa ikääntyneet, yli 55-vuotiaat, pysyvät aiempaa pitempään työelämässä.

Työterveyslaitos on panostanut työpaikoilla tupakoinnin vastustamiseen yhdessä työterveyshuollon kanssa. Myös alkoholin suurkuluttajien saamista kohtuukäyttäjiksi ns. mini- intervention avulla on edistetty kouluttamalla työterveyshuoltoa järjestelmällisesti tekemään mini-interventiota asiakastoimipaikoissaan.

Jatkossa työterveyshuollon moniammattista toimintaa on tarkoitus vahvistaa mm. muiden ammattihenkilöiden koulutusta tehostamalla, jotta edellytykset työelämän monisyisten ongelmien hyvään hoitoon lisääntyvät. Verkottumisen lisääminen, työterveyshuollon yksikkökoon suurentaminen ja laatujärjestelmien käyttöönotto ovat myös tavoitteena.

Kuntoutus

Työikäisten kuntoutuksessa on viime vuosina erityisesti pyritty sekä edistämään työelämässä pysymistä että tukemaan työelämään paluuta. Hallituksen työllisyysohjelman tavoitteena on muun muassa nostaa koko väestön työllisyysastetta ja jatkaa työssäoloa. Keskimääräinen eläkkeelle siirtymisikä on Suomessa tähän asti ollut 59 vuotta siitä huolimatta, että väestön elinikä on noussut ja terveydentila jatkuvasti kohentunut.

Ammatillista kuntoutusta työuran pidentämiseksi

Kuntoutus- ja työeläkelainsäädännön uudistuksissa on tähdennetty kuntoutuksen ensisijaisuutta työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Työssä jatkaminen antaa paremman eläketurvan kuin työelämästä siirtyminen.

Eläkeuudistukseen liittyvä ammatillisen kuntoutuksen uudistus tuli voimaan vuoden 2004 alusta. Lainmuutokset Kelan ja työeläkejärjestelmän ammatillisessa kuntoutuksessa vahvistavat kuntoutujan oikeutta ammatilliseen kuntoutukseen. Työeläkejärjestelmän aikaisemmin harkinanvarainen ammatillinen kuntoutus muuttui samanlaiseksi oikeudeksi kuin eläke. Kuntoutustoimenpiteet voivat olla esimerkiksi kuntoutustutkimus, ammattiin tai työhön johtava koulutus, työ- ja koulutuskokeilu ja

työhönvalmennus. Uudistuksen myötä molemmissa järjestelmissä myös sairauden, vian tai vamman aiheuttama riski tulla työkyvyttömäksi määritellään nyt ammatillisen kuntoutuksen perusteeksi. Tällä pyritään siihen, että kuntoutus aloitettaisiin riittävän varhain. Työterveyshuolto on tullut yhä tärkeämmäksi, jotta kuntoutustarve havaitaan varhain ja kuntoutus käynnistetään. Vuonna 2002 uudistettu työterveyshuoltolaki korostaa työterveyshuollon tehtävää selvittää työntekijän kuntoutustarve ja ohjata kuntoutukseen.

Kuntoutusuudistus täsmentää työeläkejärjestelmän vastuuta työelämässä olevien ammatillisesta kuntoutuksesta. Työeläkekuntoutus kohdentuu kuntoutujiin, joilla on vakiintunut työhistoria ja joiden yhteydet työelämään ovat säilyneet. Kelan vastuulla on erityisesti nuorten ja työelämään vakiintumattomien työikäisten ammatillinen kuntoutus sekä sellainen ryhmämuotoinen työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus, jota työeläkelaitokset eivät järjestä.

Kahden ensimmäisen vuoden kokemukset ammatillisen kuntoutuksen uudistuksesta osoittavat odotetun suuntaisia vaikutuksia. Vuonna 2004 työeläkekuntoutusta hakeneiden määrä kasvoi 25 prosenttia edellisestä vuodesta ja kuntoutusta myönnettiin noin 70 prosentille hakijoista. Suoraan työpaikoilta ja työterveyshuollon kautta on tullut enemmän hakemuksia kuin aiempina vuosina. Työeläkelaitosten kustantamaa kuntoutusta sai vuonna 2004 noin 6 250 henkilöä.

Eläketurvakeskus on seurannut kuntoutusohjelmansa päättäneiden tilannetta vuosina 1999–2004. Henkilöistä, jotka kuntoutuksen alkaessa vielä olivat työelämässä, 60 prosenttia palasi työhön, vajaat 20 prosenttia siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle. Nykyään kuntoutuksen jälkeen yli 40 prosenttia jo eläkkeellä olleista palaa takaisin työhön. Eläketurvakeskuksen laskelmien mukaan työeläkekuntoutus on taloudellisesti kannattavaa, jos työntekijä kuntoutuksen jälkeen jatkaa työssä tai palaa työelämään vajaaksi kahdeksi vuodeksi.

Kelan ammatillisen kuntoutuksen määrä ei kasvanut uudistuksen ensimmäisenä vuonna. Kelan ammatillista kuntoutusta sai vuonna 2004 kaikkiaan noin 17 500 henkilöä. Kuntoutujien määrä on viime vuosina kasvanut erityisesti 50–59 vuotta täyttäneiden ryhmässä. Nämä työelämässä olevat henkilöt ovat saaneet Kelan järjestämää työkykyä ylläpitävää ja parantavaa valmennusta (Tyk-kuntoutusta). Lisäksi Kela järjesti vuonna 2004 ammatillisesti syvennettyä lääketieteellistä kuntoutusta (ASLAK-

kuntoutusta) 14 600 henkilölle. Tämä varhaisemman vaiheen kuntoutus kohdistui pääasiassa alle 50-vuotiaisiin työntekijöihin.

Suurin työikäisten kuntoutusta saava ryhmä on edelleen tuki- ja liikuntaelinsairaat. Mielenterveysongelmaisten osuus on kasvanut varsinkin Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. Vuonna 2004 noin 20 000 henkilöä sai Kelan kuntoutusta (sekä ammatillista että muuta kuntoutusta) mielenterveyshäiriön vuoksi. Kasvu vuodesta 2000 oli 37 prosenttia. Psykoterapia oli eniten kustannettu kuntoutusmuoto. Vuonna 2004 korvattiin psykoterapiaa noin 9 300 kuntoutujalle, joista 5 200 oli yli 26-vuotiaita.

Mielenterveyskuntoutujat ovat usein muita työikäisiä kuntoutujia nuorempia ja heidän kuntoutuksensa kannattaa. Kelan rekisteritutkimuksessa todettiin vuonna 1996 kuntoutuksessa olleista, että terveysturvaetuuksien tarve aleni selvimmin mielenterveyshäiriöiden vuoksi kuntoutusta saaneilla 25–44-vuotiailla, jotka myös jatkoivat työssä. Kelassa valmistellaan parhaillaan laajempaa mielenterveyskuntoutuksen kehittämishanketta, joka käynnistyy vuonna 2006.

Työelämässä toimivien kuntoutuksen kustannukset, kuntoutuksenai-
kainen toimeentuloturva mukaan lukien, olivat vuonna 2004 noin 220 miljoonaa euroa. Se kattaa vain Kelan, työeläkelaitosten sekä tapaturma- ja liikennevakuutuksen järjestämää ammatillista ja muuta työssä oleviin kohdistuvaa kuntoutusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutuksen osuutta työikäisten kuntoutusmäärästä ei ole voitu arvioida.

Lääkinnällistä kuntoutusta toimintakyvyn parantamiseksi

Kunnan on huolehdittava siitä, että asukkaat saavat tarvitsemansa lää-
kinnällisen kuntoutuksen. Siihen luetaan neuvonta, kuntoutustarvetta ja
-mahdollisuuksia selvittävät tutkimukset, terapiat ja kuntoutusjaksot, apu-
välinepalvelut sekä sopeutumisvalmennus, kuntoutusohjaus ja muut niihin
rinnastettavat toimenpiteet. Kuntien tehtävänä on järjestää sairaanhoitoon
kuuluva lääkinällinen kuntoutus siltä osin kuin sitä ei ole säädetty Kelan
tehtäväksi. Kelalle on säädetty velvollisuus järjestää vaikeavammaisten
lääkinnällistä kuntoutusta tietyin ehdoin.

Vuonna 2002 annetussa hallituksen kuntoutusselonteossa arvioitiin,
että kunnallisen terveydenhuollon kuntoutuskustannukset olivat vuonna
2000 noin 240 milj. euroa. Osuus kaikista kuntoutuskustannuksista oli
noin 20 prosenttia. Kokonaiskustannuksia ei ole sen jälkeen arvioitu.
Todennäköistä on, että kunnallisen terveydenhuollon osuus kuntoutuk-

sen kustannuksista on pienentynyt, sillä muiden tahojen kuntoutuskustannukset ovat kasvaneet vuodesta 2000 osittain merkittävästi. Kelan eri kuntoutusmuotojen kustannukset olivat vuonna 2004 yhteensä 285,6 milj. euroa, ja ne olivat kohonneet vuodesta 2000 noin 30 prosenttia.

Hoidon tarpeen arviointia ja hoitoon pääsyä turvaavat säännökset ja enimmäisajat koskevat myös kuntoutusta. Toistaiseksi kuntoutukseen on laadittu tarkempia hoitoon pääsyn perusteita vain kuulon kuntoutuksesta kuulokojeella ja apuvälinepalveluista. Varsinkin kuulokojeen antamisen perusteet ja kuulon kuntoutuksen kehittämishankkeet ovat merkittävästi lyhentäneet aikaisempia jonoja kuulokojeen sovitukseen. Useammassa sairaanhoitopiirissä päästään nyt kuulon tutkimuksiin lain säättämässä kuudessa kuukaudessa, kun jonot olivat aikaisemmin jopa yli kaksi vuotta.

Apuvälinepalvelut ovat merkittävä osa sairaaloiden ja terveyskeskusten kuntoutusta. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2003 apuvälinepalvelujen laatusuosituksen. Yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin sisältyy myös yleisiä apuvälinepalvelujen perusteita sekä tarkemmat kriteerit siitä, millä edellytyksin erikoissairanhoidosta saadaan eräitä liikkumisen, kommunikoinnin, näkemisen ja ympäristönhallinnan apuvälineitä ja laitteita. Useammat sairaanhoitopiirit ovat saaneet kansallisen terveydenhuollon hankkeen rahoitusta alueellisen apuvälinetoiminnan tai muun kuntoutustoiminnan kehittämiseen. Muutamassa sairaanhoitopiirissä on perustettu koko alueen terveyskeskusten ja sairaaloiden yhteinen apuvälinekeskus. Keskussairaaloiden kuntoutustutkimusyksiköt ovat keskeisessä asemassa alueellisen kuntoutustoiminnan koordinoimisessa ja organisoimisessa.

Kuntoutuksen suunnittelu ja seuranta kuuluu terveydenhuollon tehtäviin, usein myös silloin kun jokin muu taho vastaa kuntoutuksen järjestämisestä. Hoitoon pääsyä turvaavan lainsäädännön mukaan potilaalle on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. Terveyskeskuksissa tehty työ- ja toimintakyvyn arviointi ja sen perusteella tehty kuntoutussuunnitelma voi olla ehtona muiden tahojen kuntoutukselle tai etuuksien maksamiselle. Kelan kustantaman vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen yhtenä edellytyksenä on, että kuntoutus perustuu asiakasta hoitavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä tehtyyn kuntoutussuunnitelmaan. Kelan kuntoutuslainsäädännön uudistukseen 1.10. 2005 liittyen on annettu sosiaali- ja terveysministeriön, Kelan ja Suomen Kuntaliiton yhteiset ohjeet Kelan ja julkisen terveydenhuollon yhteistyöstä kuntoutussuunnitelman laatimisessa.

Vuoden 2005 alusta voimaan tulleen sairaanhoitokorvausten täyskustannusvastuun mukaan vakuutuslaitokset korvaavat tapaturmasta johtuvat sairaanhoitokustannukset suoraan hoito- ja kuntoutuspalvelujen tuottajille. Ensisijainen hoidon järjestämisvastuu on edelleen kunnalla, mutta vakuutuslaitokset voivat alkuhoidon jälkeen valita palvelujen tuottajan, myös yksityisistä hoitolaitoksista. Se mahdollistaa tarkoituksenmukaisen hoidon ja kuntoutuksen yhdistämisen. Uudistus koskee vain vuoden 2005 alun jälkeen sattuneita tapaturmia, mutta jo nyt on havaittavissa, että uudistus on nopeuttanut muun muassa kuntoutuksen aloittamista.

Kuntoutus edellyttää yhteistyötä

Kuntoutusasioiden hoitaminen edellyttää viranomaisten yhteistyötä niin valtakunnallisella, alueellisella kuin paikallisellakin tasolla. Kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä annettu laki tuli voimaan 1.10.2003. Siinä säädetään eri hallinnonalojen yhteistyöstä ja asiakkaan asemasta sekä yhteistyössä noudatettavista periaatteista. Keskeisissä sosiaali- ja terveydenhuollon, työhallinnon ja vakuutusjärjestelmien laeissa on lisäksi täsmennetty jokaisen tahon velvollisuutta ohjata asiakasta hänen tarvitsemiensa palvelujen piiriin.

Uudessa laissa on erityisesti korostettu kunnan tai useamman kunnan alueella toimivan kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän merkitystä. Yhteistyöryhmän tehtävänä on edistää kuntoutuksen järjestäjien yhteistyötä paikallistasolla ja tarvittaessa käsitellä yksittäisten asiakkaiden kuntoutusasiaa. Arviointitutkimus uuden yhteistyölain vaikutuksesta ja asiakasyhteistyön kehittymisestä on meneillään ja sen tulokset valmistuvat keväällä 2006.

Työvoiman palvelukeskukset pitkäaikaistyöttömien aktivoimiseksi

Aktivoitumista ja kuntoutumista tukevat käytännöt sekä yksilölliset palvelut ovat työllistämistoimien ohella tärkeimpiä tuettaessa pitkäaikaistyöttömien paluuta työelämään. Työvoiman palvelukeskuksista muotoutuu kautta maan työttömien tarvitsemien palvelujen koordinaatioyksiköitä.

Työttömien yhteispalvelu on osa hallituksen työllisyysohjelmaa, jossa pitkäaikaistyöttömyys nähdään työministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön, opetusministeriön ynnä muun keskushallinnon yhteisenä asiana. Monimutkaiseen yhteiskunnalliseen kysymykseen reagoidaan useiden sektorien yhteisvastuullisella toiminnalla ja voimavaroja järkevästi yhdistellen.

Työvoiman palvelukeskuksia oli vuonna 2005 yhteensä 35. Niissä työhallinnon, sosiaalitoimen, terveydenhuollon ja Kelan työntekijät ottavat yhdessä ja erikseen vastaan työttömiä asiakkaita. (Katso myös 5.2.8.) Toiminnan vakinaistamista edelsi ns. yhteispalvelukokeilu (2001–2003). Sen loppuarvioinnissa todettiin, että yhteispalveluperiaate oli paikallisesti otettu hyvin vastaan. Erityisen tyytyväisiä palvelun järjestämistapaan olivat asiakkaat. Yli 80 prosenttia koki yhteispalveluneuvottelut hyödyllisinä ja lähes 90 prosenttia halusi jatkossakin asioida yhteispalvelussa. Asiakaspalautteen mukaan heille oli nyt aikaa, heitä kuunneltiin ja heidän asioitaan hoidettiin kokonaisuutena. Yhteispalvelun vaikuttavuudesta pitkäaikaistyöttömien työllistymiseen ei vielä tiedetä. Palveluprosessit ovat pitkiä ja monivaiheisia, joten vaikuttavuus on todennettavissa vasta muutaman vuoden viiveellä. Alustavien tulosten mukaan työllistyneiden osuus on hivenen noussut. Pitkällä tähtäyksellä työvoima- ja sosiaalitoimistoissa on tarpeen kehittää tarkoituksenmukaisia kriteerejä, joilla yhteispalveluun ohjataan.

Työvoiman palvelukeskusten asiakaspalvelusta huolehtii työhallinnon, sosiaalitoimen, terveydenhuollon, Kelan ja kunnan työllistämispalvelun työntekijöiden moniammattinen ryhmä. Heillä on kokemusta omalta sektoriltaan ja he ovat suuntautuneet oman alansa tavoitteisiin, joten sopeutuminen on varsinkin alkuvaiheissa koetellut työkulutturia. Verkostotyö ja dialogiset käytännöt ovat yhdessä kehitettäviä työmenetelmiä. Sosiaalitoimen näkökulmasta palvelukeskusten haasteena on kehittää kuntouttavaa aikuissosiaalityötä (palveluohjaus ja velkaneuvonta mukaan lukien). Terveystoimijien työskentely palvelukeskuksissa edistää työttömien työterveyden selvittämistä, hoidon ja kuntoutuksen käynnistymistä. Yhteistyö perusterveydenhuollon sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kanssa on osoittautunut tärkeäksi. Terveys- ja sosiaalihuollon valtakunnalliset kehittämisohjelmat tehostavat työvoiman palvelukeskusten kuntoutuspalveluja.

Valtakunnan tasolla työvoiman palvelukeskustoimintaa koordinoi työministeriö. Koordinaatiota kehitellään myös paikallisesti ja alueellisesti. Seutustrategia tulee yhä ajankohtaisemmaksi, koska palvelukeskukset organisoituvat ensisijassa seutuyksiköiksi. Kuntien näkökulmasta keskeisiä kysymyksiä ovat muun muassa aktiivisen sosiaalipolitiikan (kuntouttava työ) liittäminen palvelukeskustoimintaan, työttömien työterveyspalvelujen kehittäminen palvelukeskuksen ja perusterveydenhuollon yhteistyönä, va-

jaakuntoisten ja vammaisten työllistäminen osana palvelukeskustoimintaa sekä kunnan työllistäjäroolin yleiset kehitysnäkymät. Palvelukeskusten myönteisen kehityksen ydinkysymys on, pystyvätkö toimijat tasavertaisesti ja pitkäjänteisesti sitoutumaan työllisysohjelman reformistrategiaan.

Työvoiman palvelukeskukset – kuten myös suunnitteilla oleva perhekeskustoiminta – ovat sektoreittain jakaantuneen palvelujärjestelmän uusia, useiden sektorien palvelurakenteita. Suuri periaatekysymys kuuluu, miten järjestää sellainen palvelun johtamis-, hallinto- ja asiakasseuranta-järjestelmä, kun taustana on sektorilainsäädäntö ja lohkoittain jakaantunut palvelukulttuuri.

3.1.12 Ikääntyneiden palvelut

Suomi ikääntyy kolmen seuraavan vuosikymmenen aikana voimakkaasti ja pysyvästi (taulukko 1). Suurin osa ikääntyneistä (noin 90 prosenttia yli 75-vuotiaista) asuu kotona hyvin korkeaan ikään. Ikääntyneiden määrä sinänsä ei lisää palvelutarvetta. Pysyvämpi avun tarve alkaa nykytiedon mukaan 75–80 vuoden iässä. Siksi palvelujen kysynnän kannalta 75 vuotta täyttäneiden määrä on keskeinen. Kansallisten ja kansainvälisten arvioiden mukaan 25–30 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ja puolet 85 vuotta täyttäneistä tarvitsee apua päivittäin.

Ikääntyneiden toimintakyky heikkenee asteittain, usein jonkin rappeuttavan pitkäaikaissairauden vauhdittamana. Palvelutarpeeseen vaikuttavat muutokset ikääntyneiden fyysisessä, kognitiivisessa, psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä, asuin- ja elinympäristön esteettömyys, yksin asuminen (ks. myös 2.2.5) sekä sosiaalisten verkostojen toimivuus, erityisesti läheisten antaman avun määrä. Dementia on tärkeimpiä hoidon- ja palveluntarpeen aiheuttajia ikäihmisillä. Jotta ikääntyneet voisivat asua kotona mahdollisimman kauan, on olennaista taata avun saanti arkipäivän toimiin. Jos tarjolla ei ole omaisten ja muiden läheisten antamaa tukea, palvelun tarve kasvaa.

Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja palvelujen kehittämisen tueksi asetettiin 2000-luvun alkuvuosina valtakunnallisia tavoitteita. Niissä korostetaan ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämistä, kotona asumisen tukemista, avopalvelujen ensisijaisuutta sekä riittävien, saumattomien ja oikein ajoitettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamista. Keskeiseksi tavoitteeksi on nostettu myös lisätä seutuyhteistyötä palvelujen järjestämisessä.

Ikääntyneiden palvelut eivät ole kaikin osin kehittyneet valtakunnallisten tavoitteiden suuntaan. Kotiavun tarjonta on jäänyt jälkeen tarpeesta ja kuntien erot palvelutarjonnassa ovat suuria. Säännöllisen kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) piirissä oli vuonna 2003 yhteensä 11,4 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ja 20,7 prosenttia yli 85-vuotiaista. Absoluuttiset asiakasmäärät ovat laskeneet, mutta palvelujen intensiteetti on noussut.

Avopalveluista omaishoidon tukea saavien määrä on kasvanut erityisesti 1990-luvun puolivälin jälkeen, samoin palveluasumisyksiköiden asiakasmäärät. Pitkäaikainen laitoshoido on jatkuvasti vähentynyt 1990-luvun palvelurakennemuutoksen tavoitteiden mukaan ja muuttunut niin, että tehostettu palveluasuminen on tullut perinteisen vanhainkoti- ja terveyskeskusten vuodeosastohoidon tilalle (taulukko 4). Palvelujen tarjonta suhteessa kohdeväestöön on kuitenkin niukentunut.

TAULUKKO 4. Ikääntyneiden palvelujen profiili 1988–2003

Asiakkaat palveluittain	1988	1995	2000	2003	Erotus %
Asiakkaat % 65+	1988–2003				
Kodinhoitoapu	19,3	11,8	10,7	10,3	-46,6
Tukipalvelut	15,1	13,4	13,5	13,8	-8,6
Omaishoidon tuki	1,8	1,5	1,8	2,2	22,2
Palveluasuminen*	0,9	1,9	2,7	3,0	233,3
Vanhainkoti	4,4	3,1	2,7	2,4	-45,5
Terveyskeskuksen pitkäaikainen vuodeosastohoido	1,6	1,8	1,6	1,4	-12,5
Erikoissairaanhoidon pitkäaikainen vuodeosastohoido	2,2	0,2	0,1	0,0	-100,0
Asiakkaat % 75+					
Kodinhoitoapu	31,5	22,1	19,7	18,7	-40,6
Tukipalvelut**					
Omaishoidon tuki	3,3	2,7	3,0	3,5	6,1
Palveluasuminen*	2,1	3,4	5,1	5,5	161,9
Vanhainkoti	7,8	6,5	5,3	4,7	-39,7
Terveyskeskuksen pitkäaikainen vuodeosastohoido	3,4	3,7	3,1	2,6	-23,5
Erikoissairaanhoidon pitkäaikainen vuodeosastohoido	3,0	0,3	0,2	0,0	-100,0

*Tavallinen ja tehostettu (= ympärivuorokautinen) palveluasuminen

**Tieto kerätään vain 65 vuotta täyttäneiden osalta, ei tarkemmin ikäeroteltuna

Aloitettut toimenpiteet 2002–2005

Ikääntyneiden palveluille asetettujen valtakunnallisten tavoitteiden edistämiseksi on valtion talousarviossa vuodesta 2003 lähtien ollut erillinen määräraha kuntien kehittämistoiminnan tukemiseksi. Kuntien kehittämissankkeille tarjotaan myös valtakunnallista tukea.

Ikääntyneiden palvelujen kehittäminen

Kotona asumista ja avopalveluja korostavan tavoitteen saavuttamiseksi on kansallisessa sosiaalialan kehittämishankkeessa käynnistetty Kotipalvelujen ja kotihoidon kehittämishanke (KOTOSA). Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti sen syksyllä 2004. Hanke on suunnattu kunnille ja kuntayhtymille, jotka ovat saaneet valtionapua kotipalvelun tai kotihoidon kehittämiseen. Hankkeessa on mukana 30 kuntaa.

Hankkeen tavoitteena on parantaa pysyvästi kotipalvelujen ja kotihoidon saantia, laatua, vaikuttavuutta ja taloudellisuutta. Menetelminä ovat verkostotyöskentely, koulutus, ohjaus ja tiedotus. Kotipalvelun ja kotihoidon laadun, taloudellisuuden ja vaikuttavuuden arviointiin kehitetään konkreettiset kriteerit, joilla tuetaan kotipalvelu- ja kotihoitoyksiköiden omaa seurantaa ja arviointia. Arviointikohteita ovat asiakkaan kokema laatu, ammattityö, johtaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö, taloudellisuus ja vaikuttavuus. Hankkeessa luodaan kotipalvelun ja kotihoidon hyviä käytäntöjä, joista laaditaan opas 2007.

Palvelusetelin käyttöönotto kotipalvelussa -osahankkeen tavoitteena on tuottaa toimiva palvelusetelimalli palveluasumiseen ja kotipalveluun. Laki palvelusetelistä kotipalveluissa tuli voimaan 1.1.2004 (1310/2003). Kunnissa seteliä käytetään pääasiassa kotipalvelun tukitoimien sekä omaishoitajien sijaisten järjestämiseen. Palvelusetelin käyttöä kotipalveluissa koskeva opas valmistui vuonna 2005.

Sosiaalialan kehittämishankkeessa kehitetään myös omaishoitoa. Omaishoitajan lakisääteisen vapaan sijaan järjestettäviä palveluja koskevat asiakasmaksulain muutokset tulivat voimaan 1.10.2004 (457/2004). Omaishoitajan aseman parantamista sekä omaishoitajan ja perhehoitajan hoitopalkkioiden indeksisuoja korotettiin 1.1.2006 voimaan tulleilla lailla (937/2005). Vuonna 2005 valmistui omaishoitoa koskeva opas kuntien päättäjille.

Myös laitoshoidon kehitetään Sosiaalialan kehittämishankkeessa. Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti syksyllä 2005 valtakunnallisen

ikäihmisten laitoshoidon kehittämishankkeen valitsemalla siihen osallistuvat kunnat ja kuntayhtymät. Varsinainen käynnistysseminaari oli tammi-kuussa 2006. Hankkeen tavoitteena on uudistaa laitoshoidoa muuttamalla palvelurakennetta ja toimintakäytäntöjä.

Oikeus palvelun tarpeen arviointiin -osahankkeen tavoitteena oli, että kunnan sosiaalihuolto turvaa asiakkaan oikeuden palvelutarpeen arviointiin. Laki vanhusten oikeudesta palvelujen tarpeen arviointiin sosiaalihuollossa astuu voimaan 1.3.2006. Lain mukaan 80 vuotta täyttäneille ja Kelan eläkkeensaajien hoitotukea saaville on järjestettävä pääsy palvelutarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta. Lisäksi syyskuussa 2005 julkaistiin selvitys kuntien käytössä olevien toimintakymittareiden soveltuvuudesta asiakkaan palvelutarpeen arvioimiseen. Selvityksen perusteella on tarkoitus antaa kunnille käytäntöjä yhdenmukaistavat suositukset. Tarvittavia säädösmuutoksia oikeudesta päästä palvelujen tarpeen arviointiin kunnallisessa sosiaalityössä valmistellaan vuosina 2005–2006.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus

Vuonna 2001 julkaistun Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seurannan tueksi valmisteltiin IKI-indikaattorit ja aineistoa suosituksen soveltamisen tueksi. Vuonna 2005 ryhdyttiin arvioimaan ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen toteutumista. Sen väliraportti ilmestyi vuoden 2005 lopulla. Lopullinen arviointi valmistuu vuonna 2006.

Kotona asumisen tukeminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2004–2007 keskeisenä tavoitteena on tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään. Niinpä sosiaali- ja terveysministeriö esitti kotipalvelujen yhteiseksi peittotavoitteeksi 25 prosenttia 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Ohjelman tavoitteena on sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä uudistaa myös ikäihmisten pitkäaikaista laitoshoidoa kodinomaisemmiksi, hoivatyyppisiksi toimintayksiköiksi. Lisäksi lyhytaikaiselle laitoshoidolle ja kuntoutukselle tulisi osoittaa sovelletut osastot tai yksiköt. Dementoituneiden palvelut ehdotetaan järjestettäväksi sosiaali- ja terveystoimen seutuyhteistyönä, ja dementian varhaista diagnosointia tulisi kehittää. Myös omaishoitajien tukea tulisi lisätä.

Kotipalveluista tulee ikääntyneiden palvelujärjestelmän kehittämisen todellinen koetinkivi. Määrän lisäämisen ohella tarvitaan myös palvelujen sisällön kehittämistä vastaamaan asiakkaiden todellisia tarpeita. Suuri kysymys on se, saadaanko kotiin annettaviin palveluihin sisällytettyä myös ikääntyneiden tarvitsema apu arjen askareisiin sekä ehkäisevää ja kuntouttavaa toimintaa.

Tärkeään asemaan nousee se, miten kehittämishankkeiden tuloksia arvioidaan. Tällä hetkellä hankkeet ovat suurelta osin kesken ja niiden tuloksia voidaan arvioida vasta myöhemmin. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen toteutumisesta saadaan lisätietoa vuoden 2005 aikana.

3.1.13 Näyttöön perustuva hoitotyö

Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007

Hoitotyön kansallisen tavoite- ja toimintaohjelma pyrkii tukemaan hoitotyössä toimivien sitoutumista terveystieteisiin tavoitteisiin sekä tehostamaan hoitotyön taitoja suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä ja väestön terveyspalvelutarpeeseen vastaamisessa. Tavoitteena on ylläpitää ja lisätä hoitotyössä toimivien osaamista, edistää heidän työhyvinvointiaan, tehostaa moniammattista yhteistyötä ja suunnata tutkimusta käytännön hoitotyöhön. Ohjelmalla pyritään myös edistämään potilaan itsemääräämisoikeutta sekä lisäämään potilaan omaan terveyteen ja sen hoitoon liittyvää vastuuta. Ohjelman keskeinen tavoite on parantaa hoitotyön vaikuttavuutta kehittämällä näyttöön perustuvaa hoitotyötä terveydenhuollon toimintayksiköiden, yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen yhteistyönä. Ohjelman kohderyhmiä ovat kaikki hoitotyössä toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmät sekä hoitotyön johtajat, opettajat ja tutkijat.

Päävastuu ohjelman toimeenpanosta on sairaanhoitopiireillä, terveyskeskuksilla ja ikääntyneiden hoitoyksiköillä. Toimeenpanoon osallistuvat myös terveysalan koulutusyksiköt, yliopistot ja alan ammatilliset järjestöt. Ohjelman toimeenpanoa koordinoi 14 hoitotyön alueverkostoa, jotka kattavat lähes koko maan. Alueverkostot käynnistävät ohjelman pohjalta uusia hankkeita ja organisoivat näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen terveydenhuollon toimintayksiköissä. Toimeenpanoa tuettaessa kiinnitetään erityistä huomiota sellaisiin terveyskeskuksiin, joissa ei ole lainkaan ylihoitajaa tai johtavaa hoitajaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö tukee ohjelman toimeenpanoa yhteistyössä lääninhallitusten, Stakesin ja Suomen Kuntaliiton kanssa järjestämällä hoitotyön alueverkostoille vuosittain työseminaarit, joista ensimmäinen oli vuonna 2005. Terveystieteiden toimintayksiköt voivat hakea ministeriöltä ja lääninhallituksilta hankerahoitusta ohjelman pohjalta käynnistettyihin kehittämishankkeisiin.

Ministeriö ja Stakes arvioivat hoitotyön alueverkostojen kanssa ohjelman toteutumista sen päätyttyä vuonna 2007. Tämänhetkisten tietojen perusteella näyttää kuitenkin jo siltä, että ohjelma on otettu terveydenhuollon toimintayksiköissä erittäin hyvin vastaan. Esimerkiksi vuoden 2004 syksyllä tehdyn kyselyn mukaan hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma ohjasi neuvoloiden hoitotyön kehittämistä noin neljässä terveyskeskuksessa viidestä.

3.2 Sosiaalimenot

Sosiaalimenoihin luetaan kaikki lakisääteiset eläkkeet, kuntien sosiaali- ja terveyspalvelut, sairausvakuutus, työttömyysvakuutus, lapsilisät, asumistuki sekä eräät muut menot. Valtion talousarvion kautta sosiaalimenoista rahoitetaan noin kolmannes. Sosiaali- ja terveysministeriön pääluokan osuus sosiaalimenoista on vain runsas viidennes. Sosiaalimenoihin kuuluvia eriä rahoitetaan myös valtion talousarvion muista pääluokista. Pääosa sosiaalimenoista rahoitetaan kuitenkin valtion talousarvion ulkopuolelta, kuten kuntien verotuloin sekä työnantajien ja työntekijöiden sosiaaliturvamaksuin.

3.2.1 Sosiaalimenot ovat kasvaneet maltillisesti

Viime vuosina Suomen sosiaalimenot suhteessa bruttokansantuotteeseen ovat olleet hieman alle EU-maiden keskiarvon. Vuosina 2000–2006 Suomen sosiaalimenojen bkt-suhde kohoaa 25,3 prosentista 27,2 prosenttiin (taulukko 5). Se johtuu osin talouskasvun vähäisyydestä vuoden 2005 alkupuoliskolla. Sosiaalimenoja ovat kasvattaneet erityisesti eläke- ja terveydenhuoltomenot. Eläkemenoja ovat nostaneet eläkeläisten määrän selvä kasvu, uusien työeläkkeiden yhä korkeampi taso sekä vanhoihin eläkkeisiin vuosittain tehtävät indeksitarkistukset. Samalla maksettujen kansaneläkkeiden määrä on laskenut, kun kansaneläkettä saavien luku on vähentynyt.

TAULUKKO 5. Sosiaalimenojen kehitys vuosina 2000–2006

	2000	2001	2002	2003	2004*	2005**	2006**
Sosiaalimenot, mrd. €	33,1	34,8	36,9	38,7	40,5	42,0	43,4
BKT mrd.	130,9	136,5	140,9	143,8	149,7	153,0	159,3
Sosiaalimenot BKT:sta, %	25,3	25,5	26,2	26,9	27,0	27,4	27,2

* ennakkotieto

** ennuste

Vanhuuseläkeläisten määrä nousee edelleen, vuonna 2005 tilapäisesti hieman aiempaa enemmän, kun eläkeuudistus muutti vanhuuseläkkeen ikärajan joustavaksi. Vuonna 2005 vanhuuseläkkeelle on voinut kerralla hakea kolme uutta ikäluokkaa eli 63–65-vuotiaat, mutta alustavien tietojen mukaan ennakoitua pienempi joukko on oikeutta käyttänyt. Työttömyyseläkkeen saajien määrä vähenee tulevana vuosina, kun koko eläkelaji vähitellen poistuu. Työkyvyttömyyseläkettä saavien määrän arvioidaan pysyvän jokseenkin ennallaan. (Taulukko 6.)

Terveystenhoitojen menot ovat kasvaneet viime vuosina reaalisesti runsaan 4 prosentin vauhtia. Eniten ovat nousseet lääkkeiden ja hammashuollon menot. Hammashuollon menojen kasvu johtuu hammashuollon kattavuuden laajentumisesta. Joulukuusta 2002 lähtien koko väestö on ollut oikeutettu julkisesti tuettuun hammashuoltoon. Vuonna 2004 lääkekorvaukset kasvoivat peräti 11 prosenttia. Vuonna 2003 kasvu oli lääkevaihdon käyttöönoton seurauksena alle 7 prosenttia. Kasvun kiihtymisestä huolimatta lääkkeiden hintatarkistukset ja lääkevaihto hintakilpailuineen hidastivat korvausmenojen kehitystä. Kehittynyt lääkehoito mahdollistaa potilaiden aiempaa nopeamman kotiuttamisen ja kotihoitoa. Hoitojaksot sairaaloissa ovat entistä lyhempiä Terveystenhoitojen hoitotakuu tuli voimaan keväällä 2005. Se on lyhentänyt hoitojonoja.

Vanhuspalvelujen menot ovat kasvaneet viime vuosina reaalisesti noin 5 prosentin vuosivauhtia väestön ikääntyessä ja palvelutarjonnan lisääntyessä. Alle kouluikäisten lasten määrä on vähentynyt viime vuosina hieman, mikä on pienentänyt päivähoitoa tarvetta. Syntyvien lasten lukumäärä näyttää pysyvän lähes ennallaan, minkä vuoksi vanhempainpäivärahojen sekä pienten lasten tukien saajamäärät pysyvät nykyisellä tasolla.

Sairauspäivärahojen määrä seurailee työllisyyden kehitystä. Työllisyyden kohentuminen sekä joidenkin etuuksien korotukset vähentävät

toimeentulotukiasiakkaiden määrää. Sitkeänä jatkunut rakenteellinen työttömyys on pitänyt työttömyysmenot korkeina.

Kaiken kaikkiaan sosiaalimenojen kehitys on ollut maltillista ja jatkuu samansuuntaisena. Sosiaaliturvaan on viime vuosina tehty merkittäviä uudistuksia. Tärkeimpiä ovat eläke-, työttömyysturva- sekä lääkekorvaus-uudistukset. Niiden vuoksi sosiaalimenojen kehitys on nyt kestävämmällä pohjalla kuin ennen. Eläkeuudistuksen vaikutukset näkyvät selvästi vasta tulevana vuosikymmeninä.

TAULUKKO 6. Keskeisten sosiaaliturvaetuuksien saajien määrä vuosina 2000–2006 (1 000 henkilöä)

	2000	2001	2002	2003	2004*	2005*	2006**
Vanhuuseläke	870	876	890	902	917	945	986
Työkyvyttömyyseläke	276	268	267	267	267	265	265
Työttömyyseläke	54	58	58	56	53	49	38
Työttömyyspäiväraha***	314	294	285	287	293	286	279
Sairauspäiväraha	296	301	321	326	334	343	346
Vanhempainraha, äidit	97	96	95	97	98	98	98
Pienten lasten hoidon tuki, perheet 31.12. ⁸	85	83	82	82	90	91	92
Kunnallisessa päivä-hoidossa olevat lapset 31.12.	200	197	193	191	189	189	189
Perusterveydenhuolto, terveyden- ja sairaanhoidon käynnit (milj.)	25,1	25,1	24,9	24,9	25,0	25,4	25,8
Erikoissairaanhoito, hoitojaksot	935	907	906	902	900	898	898
Vanhuksia vanhainko-deissa, palveluasunnois-sa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla (31.12.)	54	54	55	55	56	57	58
Kodinhoitoapu, kotitaloudet	119	118	115	115	117	119	120
Toimeentulotuki	454	443	430	424	401	398	395

¹ Sisältää vuodesta 2004 lähtien 1. ja 2. luokkalaisten osittaisen hoitorahan
*arvio; ** ennuste; *** henkilötyövuosia

3.2.2 Sosiaalimenojen rahoitusosuudet ovat pysyneet lähes ennallaan

Suomalaista sosiaaliturvaa rahoitetaan työnantajilta ja vakuutetuilta kerättävin vakuutusmaksuin sekä kuntien ja valtion varoin. Työnantajat rahoittavat sosiaalimenoista suurimman osan osallistumalla eläkkeiden, työttömyysturvan ja sairausvakuutuksen rahoittamiseen. Myös vakuutetut maksavat eläke-, työttömyys- ja sairausvakuutusmaksua. Valtio rahoittaa pääosin perusturvan, esimerkiksi työttömien perusturvan, lapsilisät ja asumistuet, ja maksaa lisäksi kunnille valtionosuutta sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen. Kunnilla on kuitenkin päävastuu asukkaistensa sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamisesta. Lisäksi sosiaalimenoja rahoitetaan rahastoista saatavilla pääomatuloilla. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Sosiaaliturvan kokonaisrahoitus Suomessa vuosina 2000–2006, rahoitusosuudet prosentteina

rahoittajat	2000	2001	2002	2003	2004*	2005*	2006**
	%						
valtio	24,1	23,4	23,8	24,8	24,6	24,3	23,9
kunnat	19,1	19,4	19,6	19,6	19,5	19,6	19,7
työnantajat	37,7	38,7	39,3	39,0	38,8	39,1	39,0
vakuutetut yht.	12,1	11,6	11,0	10,9	11,6	12,0	11,8
rahastojen tuotot	7,1	6,9	6,2	5,7	5,5	5,1	5,6
Yhteensä	100,0	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0

* arvio

** ennuste

Työllisten määrän kasvu sekä yli 53-vuotiaista vuodesta 2005 alkaen maksettava korotettu työeläkemaksu ovat nostaneet työnantajien ja työntekijöiden rahoitusosuuksia. Muilta osin ei sosiaaliturvamaksuissa ole tapahtunut merkittäviä muutoksia vuosien 2000 ja 2005 välillä. Aiempina vuosina liikaa perityt työkyvyttömyyseläkemaksut mahdollistavat kuitenkin työeläkemaksujen alentamisen 0,6 prosenttiyksikköä vuonna 2006. Sosiaaliturvarahastojen tuottojen osuus sosiaalimenojen rahoituksesta on laskenut matalan korkotason takia. (Taulukko 7.)

Sosiaali- ja terveyspalvelumenojen kasvu on lisännyt kuntien rahoittamaa osuutta. Viime vuosina ja etenkin vuosina 2003–2005 valtio on nostanut kunnille maksamaansa sosiaali- ja terveyspalvelujen valtion-

osuusprosenttia (taulukko 8). Kansalliseen terveydenhuollon hankkeeseen ja sosiaalialan kehittämishankkeeseen liittyen kuntien valtionosuuksia korotetaan vuosina 2005–2007 yhteensä 308 miljoonaa euroa. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankerahasta on vuosittain varattu 30 miljoonaa euroa terveydenhuollon kehittämishakkeisiin sekä 25 miljoonaa euroa sosiaalialan kehittämishankkeisiin ja alkoholiohjelmaan. Talousarvioesityksen mukaan kunnat saavat vuonna 2006 valtionosuuksia yhteensä 4 022 miljoonaa euroa.

TAULUKKO 8. Kuntien valtionosuusprosentti 2000–2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Valtionosuusprosentti	24,2	24,2	25,36	28,06	31,82	32,99	33,32

Sairausvakuutuksen rahoitusta uudistetaan vuonna 2006 jakamalla se kahtia: työtulovakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen. Työtulovakuutuksen rahoittavat työnantajat, palkansaajat, yrittäjät ja valtio, ja siitä maksettavia etuuksia ovat vanhempain- ja sairauspäivärahat ja työterveyshuolto. Valtio rahoittaa kaikki vähimmäispäivärahat. Sairaanhoitovakuutuksen rahoittavat vakuutetut ja valtio. Vakuutuksesta maksetaan sairaanhoitokorvauksia lääkkeistä, yksityisten lääkäreiden palkkioista sekä tutkimuksista ja kuntoutusmenoista. Valtio rahoittaa noin puolet sairaanhoitovakuutuksesta. Sairausvakuutusuudistus selkeyttää Kelan rahoitusta ja lisää Kelan vakuutusmaksutuloja. Uudistus lisää valtion suoraa osuutta Kelan menoista, mutta vähentää valtion takuusuorituksen tarvetta.

3.2.3 Kuntatalous pysyi edelleen kireänä

Vuonna 2002 kuntien rahoitustilanne oli hyvä. Verotulojen huonon kertymän vuoksi kuntatalous kuitenkin heikkeni selvästi vuonna 2003. Verotuloja laskivat kunnallisverotuksen vähennysten korotus ja yhteisöveron jako-osuuden alentuminen. Veronkevennysten aiheuttamat verotuottomenetykset kompensoitiin kunnille täysimääräisesti korottamalla valtionosuuksia.

Kunnallistalouden rahoitustilanne pysyi kireänä vielä vuonna 2004, mutta vuodesta 2005 alkaen kuntien rahoitustasapainon arvioidaan paranevan. Peruspalveluohjelman mukaan kuntatalous tasapainottuisi selvästi vuosina 2007–2009 ja vuosikate riittäisi kattamaan poistot. Verotulojen

ja valtionosuuksien reippaan lisäyksen ja menojen maltillisen kasvun arvioidaan tasapainottavan taloutta.

Kuntien toimintamenojen arvioidaan kasvavan noin 4 prosenttia vuodessa. Menoja lisäävät lähinnä palkkamenojen ja henkilökunnan määrän kasvu sekä kuntien eläkemaksun ja työnantajan työttömyysvakuutusmaksun nousu. Väestön ikärakenteen muuttuminen lisää palvelujen kysyntää, mikä osaltaan kasvattaa kuntien menoja.

Vuosikate on heikoin useimmiten asukasluvultaan pienissä kunnissa. Lähinnä vähäväkisissä maaseutukunnissa, joiden veroprosentti on korkea ja rahoitusasema heikko ja jotka kärsivät muuttotappioista, on myös useilta peräkkäisiltä vuosilta kertyneitä alijäämiä. Niissä myös palvelujen järjestämiskustannukset ovat reilusti koko maan keskiarvoa korkeammat.

3.3 Henkilöstö

3.3.1 Määrän kehitys

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrä on kasvanut 1990-luvun puolivälistä noin 10 prosenttia. Määrä on kasvanut etenkin 2000-luvulla. Määräaikaisten henkilöstön osuus on pysytellyt noin 24 prosentissa. Vuoden 2003 lopussa määräaikaista yli 80 prosenttia toimi sijaisina tai hoiti avointa virkaa tai tointa. Uudesta henkilöstöstä noin kolme neljästä tulee määräaikaiseen palvelussuhteeseen. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön sekä määräaikaisten lukumäärät vuosina 2001–2004

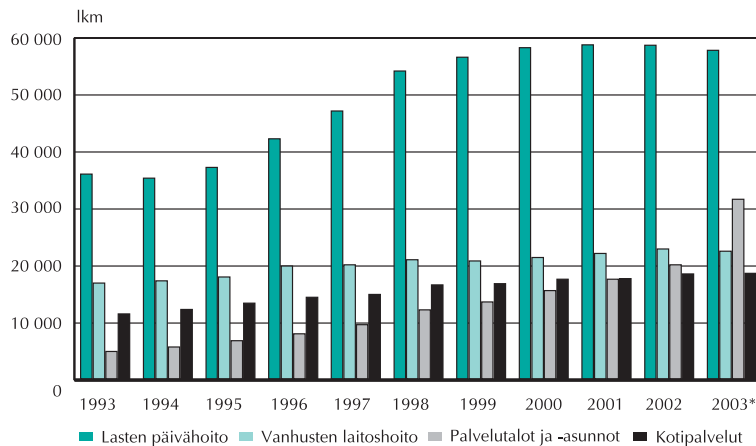
vuosi	Henkilöstö			Uusi		
	yhteensä	josta määräaikaista		henkilöstö*	josta määräaikaista	
2001	241 400	58 800	24,4 %	29 600	21 600	73,0 %
2002	248 100	59 800	24,1 %	28 800	20 700	72,1 %
2003	244 800	58 700	24,0 %	28 000	20 400	73,0 %
2004	250 100	60 600	24,2 %	27 200	19 900	73,0 %

* Uudella henkilöstöllä tarkoitetaan työntekijöitä, jotka eivät edellisenä vuonna työskennelleet kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä hieman yli puolet työskentelee terveydenhuollossa. Heistä lähes 60 prosenttia toimii erikoissairaanhoidossa, jonka henkilöstömäärä on kasvanut nopeammin kuin perusterveydenhuollossa. Nopeimmin henkilöstö on kuitenkin kasvanut yksityisissä lääkäripalveluissa ja muissa terveydenhoitopalveluissa.

Sosiaalihuollon henkilöstöstä noin 40 prosenttia toimii vanhusten laitoshuollossa, palvelutaloissa ja -asunnoissa sekä kotipalveluissa ja noin kolmasosa lasten päivähoidossa. Palvelutalojen ja -asuntojen henkilömäärä on nelinkertaistunut jaksolla 1993–2002. Vuoden 2003 ennakkotietojen mukaan kasvu näyttää jatkuvan nopeana. Myös kotipalvelujen henkilöstö on kasvanut voimakkaasti, noin 7 000 vuodesta 1993. Kummankin toimialan henkilöstön kasvu johtuu pitkälti yksityisen sektorin kasvusta, sillä kuntien palveluksessa oleva henkilöstö ei ole juuri kasvanut. (Kuvio 12.)

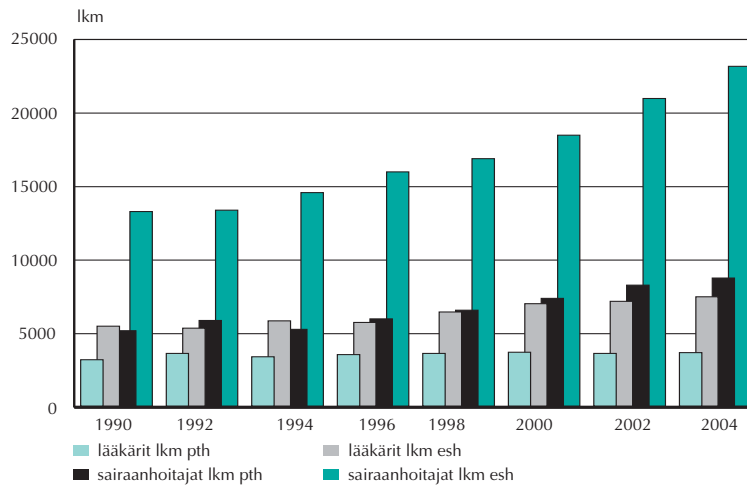
KUVIO 12. Lasten päivähoidossa, vanhusten laitoshoidossa, palvelutaloissa ja -asunnoissa sekä kotipalveluissa toimivien määrät vuosina 1993–2003



Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilörekisteri

Vuonna 2003 Suomessa oli 2,6 lääkäriä, 0,9 hammaslääkärinä ja 9,3 sairaanhoitajaa 1 000 henkeä kohden. Terveystenhuollossa sairaanhoitajien määrä on jo pitkään kasvanut muita ammattiryhmiä nopeammin. Myös lääkäreiden määrä on kasvanut. Molempien ammattiryhmien kasvu painottuu erikoissairaanhoitoon. (Kuvio 13.)

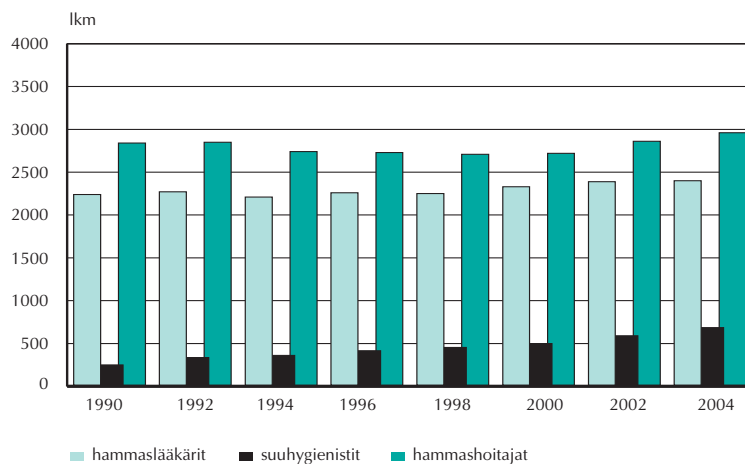
KUVIO 13. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa toimivien lääkäreiden ja sairaanhoitajien määrät vuosina 1990–2004



Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilörekisteri

Kunnallisessa hammashoidossa toimivien hammaslääkäreiden ja hammashoitajien määrä ei ole 15 viime vuoden aikana olennaisesti muuttunut. Uusi suuhygienistien ammattikunta kasvaa hitaasti (kuvio 14).

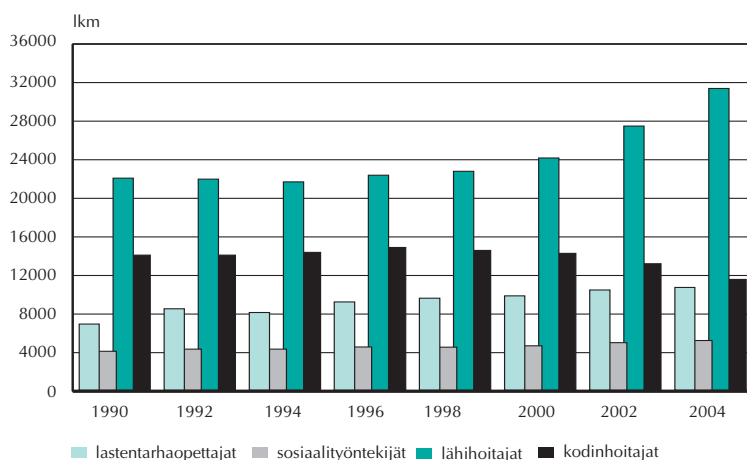
KUVIO 14. Kunnallisen hammashoidon henkilöstö vuosina 1990–2004



Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilörekisteri

Lähihoitajien määrän kasvu on ollut nopeampaa sosiaalihuollossa kuin terveydenhuollossa, mutta viime vuosina lähihoitajien määrä on kasvanut myös terveydenhuollossa. Kunnissa lähihoitajien määrä on kasvanut eniten kotipalveluissa ja vanhusten laitoshuollossa. Lastentarhanopettajien määrän kasvu 1990-luvun lopulla on nyt hidastunut. Samaan aikaan perhepäivähoitajien määrä on laskenut. Sosiaalityöntekijöiden määrässä sen sijaan on tapahtunut pientä kasvua. Kodinhoitajien ja kotiaivustajien määrä on viime vuosina laskenut kunnallisessa vanhustenhuollossa mutta kasvanut yksityissektorilla. (Kuvio 15.)

KUVIO 15. Lastentarhanopettajien, sosiaalityöntekijöiden, lähihoitajien sekä kodinhoitajien ja kotiaivustajien määrät vuosina 1990–2004



Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilörekisteri

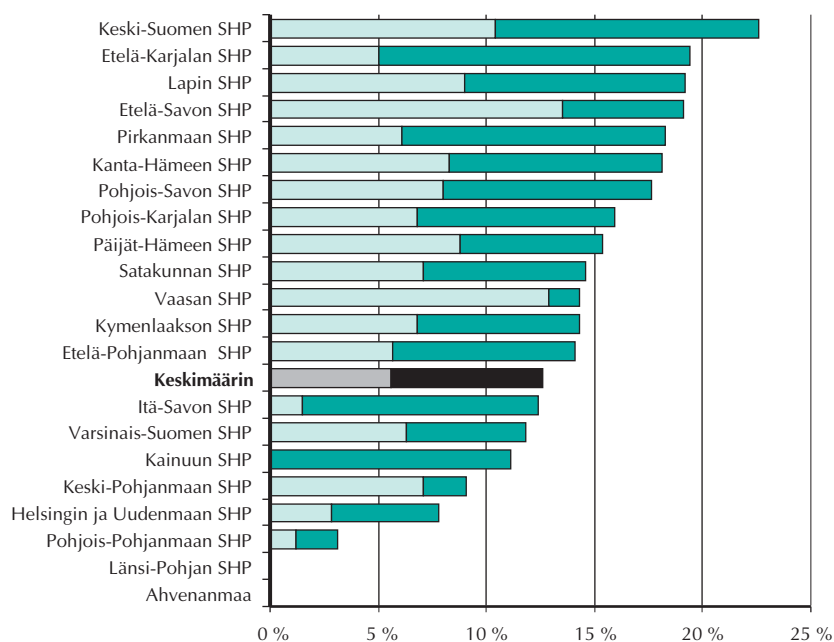
3.3.2 Henkilöstövajeet

Vuonna 2003 kuntasektorin lääkärivaje erikoissairaanhoidossa oli 8 prosenttia ja perusterveydenhuollossa 11 prosenttia. Eniten vajetta oli psykiatriassa, radiologiassa sekä anesthesiologiassa ja tehohoidossa. Tilanne oli lähes sama vuonna 2001. Terveyskeskusten hammaslääkärivaje vuonna 2003 oli 7 prosenttia, eli noin kaksinkertainen vuoteen 2001 verrattuna. Vuonna 2005 vaje nousi edelleen 13 prosenttiin (kuvio 16). Lähes joka kolmannessa terveyskeskuksessa vaje oli vähintään 20 prosenttia. Terveyskeskusten erikoishammaslääkärivaje oli suurin oikomishoidossa, 24 prosenttia. Terveyskeskushammaslääkärien vajetta ovat kasvattaneet

hammaslääkärikoulutuksen supistaminen ja vuosina 2001 ja 2002 toteutettu kunnallisen hammashuollon laajennus. Kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivan hoitohenkilöstön vajeet ovat pienemmät. Vuonna 2004 sairaanhoitajien viroista ja toimista oli täyttämättä noin 3 prosenttia. Perus- ja lähihoitajilla osuus oli lähes sama.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman vähimmäistavoite, 1 sosiaalityöntekijä 2 000 asukasta kohden, on saavuttamatta suuressa osassa kuntia. Kelpoisuusvaatimukset täyttävistä sosiaalityöntekijöistä on pulaa erityisesti Etelä- ja Länsi-Suomen suurissa kaupungeissa sekä Itä- ja Pohjois-Suomessa pienissä kunnissa. Varhaiskasvatuksen henkilöstössä on pulaa ruotsinkielisen päivähoidon kaikista ammattiryhmistä. Myös erityislastentarhanopettajien vaje on kasvanut.

KUVIO 16. Terveyskeskushammaslääkärivaje (% hammaslääkäri- viroista ja -toimista) sairaanhoitopiireittäin



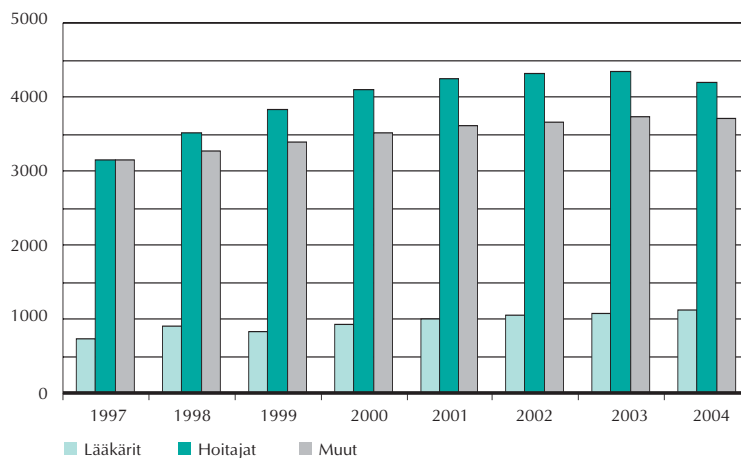
Lähde: Eerola & Sinisalo 2005

3.3.3 Maasta ja maahan muutto

Viime vuosina työikäisten sairaanhoitajien ja vastaavantasaisen koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden muutto Suomesta

on vähentynyt ja takaisin Suomeen lisääntynyt. Vuonna 2004 ryhmän paluumuutto oli jopa hieman suurempi kuin lähtömuutto. Tilanteeseen on vaikuttanut kotimaan parantunut työtilanne. Vuonna 2004 ulkomailla oli noin 3 300 Suomessa ammatinharjoittamisoikeuden saanutta työikäistä sairaanhoitajaa. Eniten heitä oli Ruotsissa, Norjassa, Isossa-Britanniassa ja Sveitsissä. Lääkäreiden muutto ulkomaille on edelleen lisääntynyt. Vuonna 2004 ulkomailla oli noin 1 100 Suomessa ammatinharjoittamisoikeuden saanutta työikäistä lääkäriä. Eniten heitä oli Ruotsissa, Yhdysvalloissa ja Saksassa. (Kuvio 17.)

KUVIO 17. Suomalaiset työikäiset terveydenhuollon ammattilaiset ulkomailla vuosina 1997–2004



Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilökisteri ja Työssäkäyntitilasto

3.3.4 Koulutusmäärien kehitys

Vuonna 2005 lääketieteellisissä tiedekunnissa oli 600 aloituspaikkaa. Vuonna 2001 lääkärikoulutuksen aloituspaikkoja lisättiin 480:stä 550:een ja vuonna 2002 edelleen 600:aan. Lisäysten perusteella on arvioitu, että vuosina 2004–2010 valmistuu noin 700 lääkäriä enemmän kuin jää eläkkeelle. Lisäksi 60 opiskelijaa aloitti vuosina 2003–2005 sairaanhoitajien muuntokoulutuksen lääkäriksi.

Hammaslääkärikoulutuksen tavoitteita supistettiin 160:sta 60:een 1990-luvun alkupuolella, jolloin hammaslääketieteen peruskoulutus lakkautettiin Turussa ja Kuopiossa. Helsingin ja Oulun yliopistojen ham-

maslääkärikoulutuksen tutkintotavoitteita nostettiin vuodesta 2004 alkaen 60:stä 75:een. Koulutusta lisättiin myös käynnistämällä hammaslääkärien peruskoulutus uudelleen Turussa vuonna 2004. Hammaslääketieteellisissä tiedekunnissa oli vuonna 2005 yhteensä 110 aloituspaikkaa. Tällä hetkellä hammaslääkäreitä valmistuu vuosittain vajaat 60, mikä ei riitä korvaamaan eläkepoistumaa eikä vastaamaan kasvavaan palvelutarpeeseen. Ongelmana on myös se, että valmistuvien määrä on jäänyt tutkintotavoitteista. Hammaslääkärit jakautuvat alueittain epätasaisesti myös siksi, että valmistuvat sijoittuvat koulutuspaikkakunnille ja niiden lähiseuduille. Koulutuksen supistaminen ja suuri eläkepoistuma vähentävät hammaslääkärien määrää tulevina vuosina.

Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunta ehdotti vuonna 2001 sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkoja lisättäväksi 7 200:aan – 7 900:aan ja ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikkoja 8 500:aan – 9 000:een jaksolla 2002–2010. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkoja oli vuonna 2005 noin 600 ja ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikkoja vajaat 900 enemmän kuin vuosien 2000–2002 keskiarvot (taulukko 10). Sosiaalityön neuvottelukunta arvioi sosiaalityötä koskeissa strategisissa linjauksissaan, että työvoimatarpeeseen vastaamiseksi sosiaalityön aloituspaikkoja tulisi lisätä vuosittain vähintään 50:llä vuodesta 2007 lähtien.

TAULUKKO 10. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksen ja ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikat vuosina 2000–2005

Koulutusaste	Nuorten ja aikuisten aloituspaikat yhteensä					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ammatillinen peruskoulutus	7 730	7 180	6 920	7 670	8 170	8 160
Ammatti-korkeakoulu	6 660	6 720	6 740	7 020	7 370	7 300
Yhteensä	14 390	13 900	13 660	14 690	15 540	15 460

Lähde: Kimari M. Opetushallitus/OPTI, 12.1.2006.

3.3.5 Eläkepoistuma

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön keski-ikä nousu on viime vuosina hieman hidastunut. Vuonna 2004 henkilöstön keski-ikä

oli 44,1 vuotta. Ennusteiden mukaan kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa vuonna 2003 työskentelevistä 43 prosenttia jää eläkkeelle vuoteen 2020 mennessä. Osuus on hieman pienempi kuin kuntasektorilla keskimäärin. Terveystenhuollossa vuotuisen eläkepoistuman arvioidaan nousevan 3 000:sta lähes 4 500:aan ja sosiaalihuollossa noin 1 700:sta vajaaseen 3 000:een vuoteen 2015 mennessä. Eläkepoistuman ennakoidaan vuoteen 2020 mennessä olevan vähintään lähes puolet vuoden 2003 työvoimasta alan johtotehtävissä, laboratoriohoitajilla, perhepäivähoitajilla, kodinhoitajilla, kotiaavustajilla ja hammashoitajilla (taulukko 11). Myös sairaaloiden tutkimushenkilöstöstä, sairaalakemisteistä, -fysikoista, -geneetikoista, -mikrobiologeista ja solubiologeista noin kaksi kolmasosaa jää eläkkeelle vuoteen 2020 mennessä.

Sosiaalityöntekijöiden sekä vanhusten ja vammaisten hoitajien rekrytointi vaikeutuu, sillä koulutuksesta valmistuvien määrän on ennakoitu vähenevän eläkepoistuman kasvaessa. Vakavaa huomiota on kiinnitettävä myös siihen, että kunnissa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvistä suurin osa tulee teknisen alan ohella sosiaalialalta.

TAULUKKO 11. Eläkepoistuma vuoteen 2020 vuoden 2003 työvoimasta erässä kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmissä

Ammattiryhmä	Henkilöstö 2003	Eläkepoistuma, %		
	N	2006–2010	2006–015	2006–2020
Ylilääkärit	2 603	20,9	43,1	65,0
Ylihoitajat ja osastonhoitajat	5 745	26,2	44,7	63,3
Perhepäivähoitajat	17 352	16,1	39,8	59,1
Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajat	3 505	15,8	34,9	57,5
Kodinhoitajat ja kotiaavustajat	12 818	17,0	38,1	55,4
Hammashoitajat	2 976	9,3	26,8	48,6
Laboratoriohoitajat	3 981	13,5	29,4	48,0
Sosiaalityöntekijät	5 612	12,0	28,6	45,4
Sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat	6 700	9,2	22,7	37,5
Kehitysvammaisten hoitajat	3 005	10,1	24,6	37,5

3.3.6 Työvoima- ja koulutustarpeiden seuranta ja ennakointi

Sosiaali- ja terveysministeriön toimikunta arvioi vuoden 2001 sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen kehitystä vuoteen 2015 ja ehdotti alan koulutuksen lisäykset vuoteen 2010. Ennakoinnissa hyödynnettiin työministeriön toimialaennusteita ja opetushallituksen Mitenna-laskentamallia. Sosiaali- ja terveysministeriö on käyttänyt toimikunnan ehdotuksia mitoittaessaan alan koulutusta opetusministeriön kanssa.

Toimikunnan työtä jatkamaan ministeriö asetti sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen ennakkoinnin yhteistyöryhmän vuosiksi 2003–2005. Työryhmä on selvittänyt Kunnallisen työmarkkinailaitoksen kanssa määräaikaisen työvoiman käyttöä, henkilöstövajeita ja kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisten ammattiryhmien uuden työvoiman tarvetta. Lisäksi työryhmä on koonnut ennakkotietoa eläkepoistumasta sekä seurantatietoa henkilöstömäärän kehityksestä, palvelussuhteista, koulutettujen sijoittumisesta eri toimialoille, työvoiman liikkuvuudesta sekä koulutusmääristä ja koulutuksen houkuttavuudesta. Turun kauppakorkeakoulun Tulevaisuuden tutkimuskeskuksen kanssa on ennustettu sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvaa työelämää ja osaamisvaatimuksia. Tuloksia voidaan käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen kehittämisessä opetusministeriön ja opetushallituksen kanssa sekä Kansallisessa terveydenhuollon hankkeessa ja Sosiaalialan kehittämisohjelmassa. Työryhmän seuranta- ja ennakkotietoja löytyy sosiaali- ja terveysministeriön kotisivuilta.

Sosiaalialan osaamis-, koulutus- ja työvoimatarpeita on arvioitu opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteisessä ennakoitihankkeessa, jonka loppuraportti valmistuu keväällä 2006. Lääninhalitusten peruspalvelujen arviointi kohdentui vuonna 2005 sosiaalialan ammattihenkilöstön nykyiseen tehtävärakenteeseen ja mitoitukseen sekä sosiaalialan henkilöstön määrä- ja laatutarpeiden ennakointiin vuoteen 2015. Arvioinnin tuloksista raportoidaan keväällä 2006.

3.3.7 Tulevat työvoima- ja koulutustarpeet

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon arvioidaan vuosina 2001–2015 avautuvan noin 200 000 työpaikkaa. (Taulukko 12) Niistä 60 prosenttia korvaa poistumaa. Opetusministeriön Koulutustarjonta 2012 -projekti ehdottaa vuonna 2007 tavoitteet vuosiksi 2007–2012 laadittavaa koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelmaa varten.

TAULUKKO 12. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoima, poistuma ja avautuvat työpaikat ammattiryhmittäin vuosina 2001–2015

Ammattiryhmä	Työvoima 2000	Poistuma	Avautuvat työpaikat
Lääkärit, lääketieteen tutkijat	20 000	7 800	14 400
Sairaanhoitajat, terveydenhuollon tekninen henkilöstö	76 400	30 700	53 100
Muu terveydenhuolto	48 900	18 800	39 400
Sosiaalialan työ	97 700	45 400	67 100
Yhteensä	243 000	102 700	174 000

* Avautuvat työpaikat muodostuvat poistuman korvaamisesta ja työllisyyden muutoksesta.

Lähde: Mukailtu Hanhijoki ym. 2004.

3.4 Tietotekniikan kehitys sosiaali- ja terveydenhuollossa

3.4.1 Terveydenhuollon tiedonhallintaan kansallinen ratkaisu

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen tavoitteena on rakentaa valtakunnallisesti toimiva sähköinen potilasasiakirjajärjestelmä vuoden 2007 loppuun mennessä. Jotta eri rekisterinpitäjien tiedot saadaan potilaan suostumuksella käytettäviksi hoitotilanteeseen, sosiaali- ja terveysministeriön hankkeessa on määritelty kansalliset vaatimukset tietojärjestelmien sisällöstä ja rakenteesta, avoimista rajapinnoista sekä tietosuojasta ja -turvasta. Ne luovat pohjan myös älykkäiden, hoitoa ohjaavien järjestelmien kehittämiselle sekä tilastojärjestelmille, joista ensimmäisenä testataan hoitoon pääsyn seurantajärjestelmää. Parhaillaan siirrytään järjestelmien tuotekehitykseen ja käyttöönottoon. Sosiaali- ja terveysministeriö rahoittaa määrittämiä toimeenpanevia alueellisia kehittämishankkeita.

Sähköiset potilaskertomukset ovat tärkeä osa kansallista tietojärjestelmää. Standardoitujen järjestelmien lisäksi tarvitaan kansallisia ratkaisuja sähköiseen varmentamiseen, tietojärjestelmien luokitusten ja koodistojen jakeluun sekä potilastietojen jakeluun ja arkistointiin.

Stakesiin rakennetaan hoitotakuun kansallista seurantajärjestelmää, jonka tavoitteena on tuottaa ajantasaista, kattavaa ja verkossa näkyvää

tietoa. Sähköisen reseptin kansallista toteuttamista odotetaan vielä. Sähköisen potilaskertomuksen ja kansallisen arkiston toteuttaminen ovat osoittautuneet hajautetussa palvelujärjestelmässä hitaiksi, kalliiksi ja vaikeiksi toteuttaa. Parhaillaan etsitäänkin ratkaisua siihen, miten ne voitaisiin hoitaa kansallisella tasolla.

Kansalaisten terveystiedon saantia pyritään parantamaan rakentamalla kansallinen terveystietoportti osana valtioneuvoston tietoyhteiskuntaohjelmaa. Terveystietoportin valmisteluvastuu on Kansanterveyslaitoksella. Terveystiedon ammattilaisille suunnattu Duodecimin ylläpitämä terveystietoportti (www.terveysportti.fi) on jo joitakin vuosia ollut laajassa käytössä. Uusi tekniikka palvelee työikäistä ja nuorta koulutettua sukupolvea, mutta samaan aikaan on turvattava palvelujen saanti vähäosaisille, syrjäytyneille, sairauden tai vammaisuuden vuoksi informaatiotekniikkaa heikosti hyödyntämään kykeneville ihmisille.

3.4.2 Sosiaalihuollon tietotekniikan kansallinen kehittäminen käynnistyy

Sosiaalihuollossa tietotekniikkaa on käytetty enimmäkseen palveluissa, joissa joudutaan laskemaan ja seuraamaan maksettavia etuuksia tai palveluista perittäviä maksuja. Eniten tietojärjestelmiä on käytetty lasten päivähoidossa. Seuraavaksi eniten käytettyjä ovat elatusturvan, toimeentulotuen ja hoitopaikkalaskutuksen sekä kotihoidon ja sosiaalityön ohjelmistot. Sosiaalityöntekijöillä on eniten työasemia ja verkkoyhteyksiä. Sosiaalihuollon eKonsultaatiohankkeessa on kehitetty sosiaalityöntekijöiden ja muiden sosiaalialan ammattilaisten mahdollisuuksia saada tietotekniikan avulla ammattitietoa ja parantaa osaamista. Hankkeessa rakennettu Sosiaaliportti tarjoaa ammattilaisten käyttöön ajantasaista tietoa, asiantuntijahakemiston, keskustelufoorumeja ja suljettuja työtiloja.

Sosiaalialan kansallisessa kehittämishankkeessa on käynnistetty ”Tietoteknologian käytön edistäminen sosiaalihuollossa” -hanke. Siihen kuuluvat sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmien kehittäminen, sosiaalihuollon ammattilaisten tiedonhallinnan ja tietotekniikan osaamisen kehittäminen, sähköiset palvelut ammattilaisille ja kansalaisille, tietoturva, tietosuoja ja asiakastiedon käyttö sekä kansallisen ohjauksen ja koordinoinnin organisointi.

3.4.3 Lainsäädäntöä uusitaan

Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen tietojenkäsittelyn lisääntyminen edellyttää myös lainsäädännön kehittämistä. Parhaillaan valmistellaan hallituksen esitystä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn periaatteista. Samanaikaisesti valmistellaan lainsäädäntöä sähköisestä reseptistä. Alkuvuonna 2006 käynnistetään potilasasiakirja-asetuksen uusiminen. Asetuksella ohjataan tietojen kirjaamista, sähköisen säilytyksen periaatteita sekä sähköisen allekirjoituksen käyttötapoja.

3.4.4 Paikallisesta alueelliseen, alueellisesta kansalliseen

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan hyödyntämisstrategian painopisteenä on ollut tietojärjestelmien alueellinen integrointi ja toimijoiden verkottaminen. Erikoissairaanhoidon muutoksella pyrittiin vahvistamaan sairaanhoitopiirien koordinoivaa roolia tietohallinnossa. Myös sairaanhoitopiirien keskinäisen yhteistyön organisoiminen on tullut ajankohtaiseksi. Tietoliikenneyhteyksien paraneminen, tekniikan kehittyminen ja standardien käyttöönotto mahdollistavat siirtymisen entistä keskitetympiin ratkaisuihin, alueelliselta kansalliselle tasolle. Lähivuosien haasteena on luoda kansallinen potilastiedon sähköinen arkisto, jonka varaan organisaatioiden välinen tiedonkäyttö voidaan rakentaa, ja johon myöhemmin voidaan liittää myös sosiaalihuollon arkistoitavat asiakaskertomukset. Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt arkiston tekniikan ja toiminnan määrittelyn. Kansalliset ratkaisut eivät synny vain määrittelyjen varassa, vaan palvelut tarvitsevat myös tilaajan ja omistajan. Tekniikan soveltamisessa on tärkeää vahvistaa viranomaisten ohjausta myös nykyisten kehitysprojektien ohella.

3.5 Toimeentuloturva

3.5.1 Eläkepolitiikka

Lakisääteinen eläkejärjestelmä pyrkii takaamaan väestön toimeentulon vanhuuden, työkyvyttömyyden ja perhehuoltajan kuoleman varalta. Työeläkejärjestelmän tehtävänä on turvata ansioihin perustuva kohtuullinen kulutustaso, ja sitä täydentää vähimmäiseläkkeen varmistava kansaneläkejärjestelmä.

Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelmassa eläkepolitiikan kestävyiden perustana ja tavoitteena ovat talouden kasvu, yleinen luottamus eläkejärjestelmän kestävyteen ja nykyistä pidempi jaksaminen työelämässä. Eläkepolitiikan suuria haasteita ovat väestön ikääntyminen, suurten ikäluokkien lähestyminen vanhuuseläkeikää, keskimääräisen eläkkeelle siirtymisien myöhentäminen, työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen entistä joustavammin, köyhyyden ja syrjäytymisen torjuminen sekä eläkemenojen ja vakuutusmaksujen kasvupaineiden hillitseminen.

Vuoden 2005 alusta voimaan tulleen työeläkeuudistuksen päätavoitteena on myöhentää keskimääräistä eläkkeelle siirtymisikää ja sopeuttaa eläkejärjestelmä keskimääräisen eliniän kasvuun. Työeläkeuudistuksella edistetään myös sukupolvien välistä tulonjakoa tiivistämällä maksujen ja etuuksien välistä yhteyttä ja tasoittamalla työeläkemaksujen kertymistä. Uudistuksessa parannettiin mahdollisuuksia siirtyä eläkkeelle joustavasti 63–68 vuoden ikäisenä, ja 63 vuotta täyttäneiden työelämässä jatkavien eläkekartuntaa korotettiin. Varhennetun vanhuuseläkkeen ikäraja nostettiin 60 vuodesta 62 vuoteen. Niillä ja vuoden 2004 ammatillista kuntoutusta koskevilla muutoksilla pyritään nostamaan keskimääräistä eläkkeellesiirtymisikää.

Vuoden 2005 uudistuksessa työeläkkeen perusteeksi tulivat vakuutetun koko työuran vuosiansiot. Sillä pyritään nykyistä yhdenmukaisempaan työeläketurvaan. Samalla muutettiin indeksijärjestelmää niin, että eläkeajan kohtuullinen kulutustaso turvattaisiin. Työeläkejärjestelmän kestävää rahoitusta varten otettiin vuoden 2005 uudistuksessa käyttöön elinaika-kerroin, jolla alkavaa eläkettä pienennetään vuodesta 2010 alkaen eliniän pitenemistä vastaavasti. Uutena turvamuotona uudistukseen liitettiin valtion varoista maksettava eläkkeen korvaus alle kolmivuotiaan lapsen hoidon tai opiskelun ajalta. Uudistus tuli voimaan vuoden 2005 alusta. Vakuutusmaksujen nousupaineiden hillitsemiseksi selvitetään hallituksen toimeksiannosta mahdollisuuksia parantaa työeläkevarojen tuottavuutta. Hallitusohjelman mukaan seurataan vuoden 2005 työeläkeuudistuksen tavoitteiden toteutumista.

Vuoden 2005 eläkeuudistuksen rinnalla on sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteltu hallituksen esityksiä, jotka selkiyttävät kansaneläkejärjestelmää ja yksityisten alojen työeläkejärjestelmää koskevaa lainsäädäntöä. Niiden on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2007 alusta.

Hallituskaudella valmisteltiin ja vahvistettiin eräiden kauan työttöminä olleiden henkilöiden eläketuesta laki, joka tuli voimaan 1.5.2005. Ker-

taratkaisulla säädettiin vuosina 1941–1947 syntyneille, erityisen pitkään työttöminä olleille mahdollisuus päästä pysyvän toimeentulon piiriin ilman työnhakuvelvollisuutta.

Köyhyyden estämiseksi kansaneläkkeisiin on vuosittaisten indeksikoro-
tusten lisäksi tehty 7 euron tasokorotus 1.3.2005 alkaen. Vuoden 2006
talousarvioon sisältyi 1.9.2006 alkaen 5 euron tasokorotus

Lakisääteisen tapaturmavakuutusjärjestelmän tehtävänä on turvata
työtapaturman tai ammattitaudin takia työkyvyttömäksi tulleen hen-
kilön toimeentulo. Järjestelmä on ensisijainen työeläke- ja kansanelä-
kejärjestelmään nähden. Siihen tehtiin työeläkejärjestelmää vastaavat
palkkakerron- ja indeksimuutokset. Lisäksi siinä siirryttiin vuoden 2005
alusta pysyvästi niin sanottuun täyskustannusvastuuseen, jolla yhdessä
aloitetun hoitotakuun kanssa varmistettiin sosiaaliturvan rahoituksen
läpinäkyvyyttä.

3.5.2 Sairastumiseen ja työllisyyteen liittyvä turva

Sairausvakuutus ja kuntoutus

Suomessa on pyritty luomaan eri-ikäisten lasten vanhemmille mahdollisuus
täysipainoiseen vanhemmuuteen ja samalla turvaamaan mahdollisuus
osallistua työelämää. Työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen entistä
joustavammin on pääministeri Vanhasen hallitusohjelman keskeisiä perhe-
poliittisia tavoitteita, johon pyritään erityisesti kehittämällä perhevapaata
ja sille toimeentuloa.

Vuoden 2003 alusta toteutettiin muutos, joka mahdollistaa isille kuu-
kauden yhtäjaksoisen vapaan ja palkitsee perhettä, jossa isä käyttää osan
vanhempainrahakaudesta. Samassa yhteydessä pienten lasten vanhemmat
saivat mahdollisuuden jakaa lapsen hoitovastuu olemalla samanaikaisesti
osittaisella hoitovapaalla ja osa-aikatyössä.

Vuonna 2005 sairaus- ja vanhempainpäivärahojen tasoa korotettiin.
Ansioperusteisen päivärahan suuruus saattoi aiemmin määräytyä hakijan
verotuksessa vahvistettujen tulojen tai etuuden alkamista edeltäneiden
kuuden kuukauden tulojen mukaan. Vuoden 2005 lokakuusta lähtien
etuuden perusteena oleva tulo voidaan laskea jo kuukauden tulosta,
jos tulot katsotaan jatkuviksi. Muutos parantaa erityisesti niin sanotuissa
pätkätoissa työllistyvien toimeentuloa työkyvyttömyyden ja lapsen synty-
män aikana. Samaan aikaan tuli voimaan lainmuutos, joka mahdollistaa

vanhempainpäivärahan määrittämisen edellisen vanhempainpäivärahan perusteena olleiden tulojen mukaisesti, kun kyse on niin sanotusta peräkkäisestä synnytyksestä. Muutos parantaa erityisesti naisten toimeentuloa, koska äidit pitävät yhä lähes kaikki vanhempainraha- ja kotihoidontukikaudet. Lisäksi sairaus- ja vanhempainpäivärahojen sekä kuntoutusrahan vähimmäismäärää korotettiin vuoden 2005 alusta 11,45 eurosta 15,20 euroon päivässä.

Työn ja perhe-elämän yhteensovittamista halutaan edistää myös parantamalla työnantajien mahdollisuuksia käyttää sijaisia vanhempainvapaiden aikana. Siten parannetaan synnytysikäisten naisten asemaa työmarkkinoilla. Työnantajalle aiheutuvia palkkakustannuksia onkin kompensoitu korottamalla vuosilomakustannusten korvausta vuoden 2005 alusta lukien.

Monien selvitysten mukaan pitkältä sairauslomalta on korkea kynnys palata työelämään. Nykyiseen lakiin ei sisälly mahdollisuutta maksaa sairauspäivärahaa vajaalta päivältä. Sosiaali- ja terveysministeriön osapäivärahatyöryhmä ehdotti, että pitkältä sairauslomalta palaava työntekijä tai yrittäjä voisi osapäivärahan turvin palata asteittain takaisin työelämään. Työryhmän ehdotusten pohjalta on valmisteltu hallituksen esitys sairausvakuutuslain muuttamiseksi.

Sairausvakuutuksen rahoitus

Sairausvakuutuksen rahoituksen tasapainon palauttaminen sisältyy hallitusohjelmaan samoin kuin Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 -asiakirjaan. Hallituksen esitys sairausvakuutuksen rahoituslainsäädännön muuttamiseksi annettiin eduskunnalle kevätistuntokaudella 2005. Sen mukaan ansioperusteiset päivärahaetuudet rahoitettaisiin työntekijän, yrittäjän ja työnantajan tuloperusteisin maksuin. Valtio rahoittaisi vähimmäisetuudet. Sairaanhoidonkorvaukset rahoitettaisiin vakuutettujen ja valtion osuuksin. Tavoitteena on vahvistaa sairausvakuutuksen vakuutusluonnetta ja turvata kestävä rahoituspohja. Muutos tulee voimaan vuoden 2006 alussa. Uudistuksen yhteydessä toteutetaan eräitä lääkekorvausmenon kasvua hillitseviä toimenpiteitä.

Työttömyysturva

Hallitus toteuttaa vaalikauden aikana lukuisia toimia työllisyysasteen nostamiseksi ja työttömyyden alentamiseksi. Niistä osa toteutetaan hallituksen

hallinnonalojen välisessä työllisyysohjelmassa. Se korostaa rakenteellisen työttömyyden alentamista ja työvoiman tarjonnan edistämistä.

Hallituksen työllisyystavoitteiden saavuttaminen edellyttää, että työvoiman tarjontaa on lisättävä ja työvoiman valmiudet on saatava aiempaa paremmin vastaamaan yritystoiminnan tarpeita. Koulutusta on tehostettava, ja erityisesti vaikeasti työllistyvien taitoja on kohennettava. Työttömien työnhakua on kannustettava. Työmarkkinoille tuloa on aikaistettava ja työmarkkinoilta poistumista myöhennettävä.

Työhaun aktiivisuutta on tuettu muun muassa tehostamalla työnhakusuunnitelmien tekemistä ja kehittämällä myös lyhytkestoisen työllistymisen vaikutusta työttömyyspäiväraha-oikeuteen.

Niin kutsuttua muutosturvaa koskevat muutokset toteutettiin 1.7.2005 voimaan tulleella uudella työttömyysturvalailla.

Muutosturva

Tulopoliittisessa sopimuksessa vuosille 2005–2007 sovittiin uudesta työllistymisen ja muutosturvan toimintamallista, jolla parannetaan tuotannollisin ja taloudellisin perustein irtisanotun työntekijän asemaa. Sen tavoitteena on tehostaa yhteistoimintaa sekä työpaikoilla että työvoimaviranomaisten kanssa ja työllistää irtisanottu työntekijä mahdollisimman nopeasti.

Muutosturvaan kuuluu irtisanotun palkallinen vapaa uuden työn etsintää varten. Toimintamalliin kuuluvat työnantajan tehostunut tiedotus, henkilöstön kanssa tehtävä toimintasuunnitelma ja työvoimatoimistojen kanssa laadittavat työllistymisohjelmat. Työnantajan on tiedotettava työntekijälle oikeudesta työllistymissuunnitelmaan ja -ohjelmalisään.

Työvoimatoimisto laatii muutosturvan piiriin kuuluvan työnhakijan kanssa työllistymisohjelman, joka on yksilöllinen työnhakusuunnitelma. Työllistymisohjelma on työntekijälle vapaaehtoinen. Siinä sovitaan oma-toimisesta työhausta ja sen tukemisesta sekä julkisen työvoimapalvelun palveluista, joilla edistetään parhaiten työnhakijan pikaista ja pysyvää työllistymistä. Ohjelman laatiminen on edellytyksenä työllistymisohjelmallisella korotetun työttömyysturvan myöntämiselle. Lisää voidaan maksaa kaikkiaan 185 päivältä.

Työmarkkinatuen uudistus

Työvoimajärjestelmän jatkuvasta uudistamisesta ja työllisyyden kasvuun tähtäävästä talouspolitiikasta huolimatta työttömyyden pitkittyminen on

jatkunut myös laman jälkeen voimakkaan talouskasvun ja paranevan työllisyyden vuosina. Rakenteelliseksi tai krooniseksi luonnehdittava työttömyys on edelleen yleistä. Pääosa ryhmään kuuluvista työttömistä saa työmarkkinatukea.

Työttömyysturva on alun perin tarkoitettu työttömän toimeentuloksi tilapäisen ja lyhytaikaisen työnhaun ajaksi. Työttömyyden ja pitkäaikais-työttömyyden kasvun seurauksena se on kuitenkin saanut yhä enemmän yleisen toimeentulotuen piirteitä. Suuri joukko työttömiä ajautuu työmarkkinatuen saajiksi lähes ilman omaa työhistoriaa. Toisaalta toimeentulotukea saavista noin puolet on työttömiä. Työmarkkinatuki ei nykyisellään toimi alkuperäisen tarkoituksensa mukaan eikä riittävän tehokkaasti. Työmarkkinatuessa on rakenneongelmia, erityisesti työmarkkina- ja toimeentulotuen rahoitusjärjestelmien väärin ohjaavat vaikutukset sekä ajassa rajoittamaton työmarkkinatuki.

Vuoden 2006 alusta voimaan tulleessa työmarkkinatuen uudistuksessa on keskeistä työmarkkinatuen painopisteen muuttaminen passiivisesta aktiiviseen. Työmarkkinatuen vastikkeellisuuden lisääminen ja rahoituksen uudistaminen, toimeentulotuen rahoituksen muuttaminen sekä työllistämistuen uudistaminen muodostavat muiden työvoimapoliittisten uudistusten kanssa kokonaisuuden, jolla pyritään alentamaan rakenteellista työttömyyttä, tukemaan työttömien työllistymistä ja vastaamaan tulevaisuuden työvoiman tarpeeseen.

Yli 500 työttömyyspäivältä maksetun työmarkkinatuen rahoitus jaetaan puoliksi valtion ja kuntien kesken. Muun työmarkkinatuen rahoitus säilyy valtiolla. Yli 500 työttömyyspäivältä työmarkkinatukea saaneiden osalta ehdotetaan tavoitteeksi työmarkkinatuen aktivointiasteen nousu nykyisestä 20 prosentista 30 prosenttiin.

Toimeentulotukimenoihin määritellään normitettu osuus, niin sanottu perustoimeentulotuki, joka irrotetaan valtionosuusjärjestelmästä. Sen rahoitus jaetaan tasan kuntien ja valtion kesken. Muilta osin toimeentulotukijärjestelmää ei muuteta. Rahoitusuudistuksesta aiheutuvat lisämenot korvataan kunnille. Korvaus on mitoitettu kunnittain niin, että muutos ei vaikuta kuntien kustannuksiin.

Toimenpiteiden kohdentamiseksi niitä eniten tarvitseviin työttömiin ja työmarkkinatuen vastikkeellisuuden lisäämiseksi on otettu käyttöön erityinen uusi aktiivikausi, jonka aikana työnhakijalle tarjotaan palveluja ja toimenpiteitä tehostetusti. Aktiivikausi alkaa viimeistään siinä vaiheessa,

kun etuutta on maksettu 500 työttömyyspäivältä. Työttömyyspäivärahan enimmäisajan täyttymisen vuoksi työmarkkinatuella siirtyneen työttömän aktiivikauden toteuttaminen alkaisi viimeistään silloin, kun työmarkkinatukea on maksettu 180 työttömyyspäivältä.

Työnantajalle palkkakustannuksiin myönnettävät tuet yhdistetään palkkatueksi. Yhdistelmätuki lakkautetaan.

3.5.3 Muu toimeentuloturva

Muuta toimeentuloturvaa on parannettu maltillisesti vuosituhanen vaihteen jälkeen. Muutoksilla on pyritty parantamaan erityisesti lapsiperheiden asemaa, edistämään työn ja perhe-elämän yhteensovittamista sekä lisäämään työnteon kannustavuutta.

Kotona hoitamisen edellytyksiä parannettu

Työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen parantamiseksi kotihoidontuen osittaista hoitorahaa korotettiin 6,93 euroa kuukaudessa vuonna 2004. Samalla laajennettiin oikeutta saada osittaista hoitorahaa. Muutoksen jälkeen oikeus osittaiseen hoitorahaan on myös sellaisilla vanhemmilla, joilla on lapsi peruskoulun ensimmäisellä tai toisella luokalla. Aiemmin oikeus osittaiseen hoitorahaan oli pelkästään alle kolmevuotiaan lapsen huoltajalla, mikäli hänen viikkotyöaikansa oli lasten hoidon takia enintään 30 tuntia viikossa.

Lastenhoidon vaihtoehtojen turvaamiseksi 2005 korotettiin kotihoidon tuen hoitorahaa ensimmäisestä lapsesta 42 euroa kuukaudessa ja yksityisen hoidon tuen hoitorahaa 19,6 euroa kuukaudessa.

Lisäksi lapsiperheiden taloutta on kohennettu vuonna 2004 korottamalla lapsilisää perheen ensimmäisestä lapsesta 10 euroa kuukaudessa. Samalla nostettiin jokaisesta lapsesta maksettavaa lapsilisän yksinhuoltajakorotusta kolme euroa kuukaudessa.

Toimeentulotuen muutoksilla lisätään työllisyyttä

Toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrä on vähentynyt viime vuosina, ja kehitys jatkuu edelleen. Toimeentulotukea saaneita kotitalouksia oli vuonna 2003 noin 227 600 ja vuotta myöhemmin 219 139. Stakesin vuoden 2005 ensimmäistä puoliskoa koskevan ennakkotilaston mukaan on arvioitu, että toimeentulotuen asiakastalouksia olisi silloin

noin 206 800. Myös vuonna 2004 alkanut toimeentulotuen kustannusten lasku on jatkunut.

Toimeentulotuen tiukka tarveharkinta on aiemmin vähentänyt työnteon kannustavuutta. Tuki on pienentynyt kasvaneiden ansiotulojen mukana ja synnyttänyt tuloloukkuja. Tuloloukkujen purkamiseksi toimeentulotukea on muutettu kannustavammaksi sisällyttämällä siihen ns. etuoikeutettu tulo. Laki toimeentulotuen etuoikeutetusta tulosta tuli voimaan ensimmäisen kerran määräaikaisena huhtikuussa 2002. Silloisen lain mukaan toimeentulotuen myöntämisen yhteydessä jätettiin toimeentulotukea saavan kotitalouden ansiotuloista huomioimatta vähintään 20 prosenttia, mutta enintään 100 euroa kuukaudessa. Siten haluttiin helpottaa toimeentulotukiasiakkaiden tuloa työmarkkinoille. Arviointitutkimuksessa etuoikeutetun tulon kannustinvaikutukset todettiin vähäisiksi. Sittemmin etuoikeutettua tuloa on korotettu. Vuoden 2005 huhtikuussa tuli voimaan määräaikainen, vuoden 2006 loppuun voimassa oleva laki, jonka mukaan etuoikeutettu tulo on vähintään 20 prosenttia kotitalouden ansiotuloista, mutta enintään 150 euroa kuukaudessa. Lisäksi toimeentulotukeen tehtiin indeksikorotukset vuosina 2003–2005.

Hallitus on antanut eduskunnalle erillisen lakiesityksen toimeentulotukilain muuttamisesta siten, että toimeentulotuen perusosaan ei enää sisällytettäisi seitsemää prosenttia asiakkaan asumismenoista. Asumismenojen niin sanotun omavastuuosuuden poistaminen on merkittävä parannus kaikkein vähävaraisimpien kotitalouksien asemaan. Lakiuudistuksen on määrä tulla voimaan syyskuun alusta 2006.

Vuoden 2006 alussa voimaan tullut työmarkkinatukiuudistus muutti myös toimeentulotuen rakennetta. Toimeentulotukilain muutosehdotukset sisältyivät hallituksen esitykseen, jolla muutetaan julkisesta työvoimapalvelusta annettua lakia ja siihen liittyviä lakeja. Lakipaketin tavoitteena on muun muassa yhtenäistää työmarkkinatuen ja toimeentulotuen rahoitusta ja luoda nykyistä tehokkaampi, kannustavampi ja tasapainoisempi toimeentuloetuuk-sien ja aktiiviohjelmien kokonaisuus. Esitys ei muuta toimeentulotuen saantiperusteita, ei aiheuta muutoksia ehkäisevän toimeentulotuen käyttöön eikä vaikuta sosiaalisen luototuksen ja toimeentulotuen suhteeseen.

Asumistukeen tehdyt muutokset kannustavat työnteeseen

Vuonna 2005 muutettiin asumistuen määräytymistä tilanteissa, joissa kotitalouden tulot ovat nousseet. Muutoksen jälkeen asumistuki tarkis-

tetaan vuositarkistuksen lisäksi, mikäli kotitalouden tulot ovat nousseet 300 euroa kuukaudessa. Aiemmin asumistuki tarkistettiin, jos kotitalouden tulot olivat nousseet 160 euroa kuukaudessa. Tulojen laskiessa asumistuen tarkistusraja on pysynyt muuttumattomana, 160 eurona kuukaudessa. Rajan nostolla parannettiin työn kannustavuuden lisäksi asumistuen hallintokäytäntöjä sekä vähennettiin tuen liikamaksuja ja takaisinperintöjä. Tarkistusrajan muuttamisen lisäksi asumistuen tasoa korotettiin maltillisesti vuonna 2005. Lisäksi korotettiin hyväksyttäviä vesi- ja hoitomenomaksuja.

Toimeentuloturvan korotuksilla on paitsi ylläpidetty, myös korotettu etuuksien reaalista tasoa suhteessa yleisiin elinkustannuksiin. Perhepoliittiset etuudet, osittainen hoitoraha, kotihoidon tuki, yksityisen hoidon tuki sekä lapsilisät ovat nousseet reaalisesti. Lapsilisän korotuksessa sekä kotihoidon tuen hoitorahan korotuksessa otettiin huomioon kaikki lapsiperheet kohdentamalla korotukset vain ensimmäisestä lapsesta maksettavaan tukeen. Muista lapsista maksettavaan lapsilisään sekä kotihoidon tuen hoitorahaan korotuksia ei tehty. Stakesin lapsiperheselvityksessä on kuitenkin osoitettu, että lapsiperheistä erityisesti monilapsisten perheiden ja yksinhuoltajien asema on taloudellisesti vaikea.

Perhepoliittisten etuuksien uudistuksissa on ollut lähinnä kyse etuuksien tason nimellisestä parantamisesta ja reaaliarvon turvaamisesta. Toimeentulotuen ja asumistuen muutoksissa on sen sijaan kyse työnteon kannustinvaikutuksista, joilla edistetään työttömien tuloa työmarkkinoille. Muutosten jälkeen lyhytaikaisten töiden vastaanottaminen on aiempaa kannattavampaa.

3.6 Työsuojelu ja työelämän kehittäminen

Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma käsittelee laajasti työelämän kehittämistä. Ohjelman työsuojeluun liittyviä kohtia ovat työssä jaksaminen, työssäoloajan pidentyminen, henkinen hyvinvointi työssä, hyvä johtaminen, lainsäädännön toimeenpano ja hallinnon resurssit, työaika ja työpaikkaväkiä. Työsuojelun valvontalaki uudistetaan, harmaata taloutta pyritään ehkäisemään ja ulkomaalaisten työehtojen valvontaa tehostetaan.

3.6.1 Työelämä ja työn ja perheen yhteensovittaminen

Hallituksen tavoitteena on nostaa työllisyysastetta muun muassa edistämällä työn ja perheen yhteensovittamista. Suomessa työn ja perheen yhteensovittaminen ei ole enää ainoastaan perhepolitiikkaa, vaan kyse on paljolti myös työn organisoinnista kansainvälistyvässä maailmassa.

Työllisyysasteen kohottamiseen liittyy pitkällä tähtäimellä myös syntyvyys. Muun muassa valtioneuvoston tulevaisuusselonteossa sen on todettu liittyvän työn ja perheen yhteensovittamista tukevaan perhepolitiikkaan. Hallituksen tasa-arvo-ohjelmassa vuosille 2004–2007 siihen pyritään kehittämällä perhevapaalainsäädäntöä ja edistämällä perhevapaiden tasaisempaa käyttöä vanhempien kesken.

Vuonna 2003 toteutetuilla perhevapaan uudistuksilla on pyritty lisäämään joustavuutta. Erityisesti isyys- ja vanhempainvapaan käyttöä on koetettu edistää antamalla isälle ”bonusvapaa” eli 12 lisäpäivää isyysvapaata, jos isä käyttää vanhempainvapaan kaksi viimeistä viikkoa. Vanhempainrahaa saaneiden isien määrä nousikin 3 700:aan, yli kaksinkertaiseksi aiempaan verrattuna, mutta samalla isien pitämän vanhempainvapaan keskimääräinen pituus putosi lähes puoleen eli 37 arkipäivään. Vanhempainvapaata pitävien isien osuus kaikista vuosittain pidetyistä vanhempainrahapäivistä jää alle 10 prosenttiin. Bonusvapaan käyttöä saattaa ehkäistä tilanne, jossa lasta halutaan hoitaa kotona vanhempainvapaata pidempään ja äidin aikomuksena on pitää hoitovapaata. Bonusvapaan käyttöä saattavat myös hankaloittaa joustamattomat ehdot siinä, miten työpaikalle aiemmin ilmoitettua vanhempainvapaan ajoitusta ja kestoja voidaan muuttaa.

Vuoden 2003 alusta voimaan tullut mahdollisuus ottaa vanhempainvapaa osa-aikaisena ja osittaisen hoitorahan tason nostaminen eivät juurikaan ole kiinnostaneet pienten lasten vanhempia. Vuonna 2004 osittaista vanhempainvapaata käytti 84 henkilöä eli alle 0,1 prosenttia siihen oikeutetuista perheistä.

Naisten perhevapaiden käyttö on 2000-luvun alkuvuosina kehittynyt työllisyysasteen näkökulmasta myönteisesti: neljäsosa äideistä palasi töihin heti vanhempainvapaan jälkeen pitämättä lainkaan hoitovapaata, kun vielä 1990-luvun lopulla vain noin kymmenesosa äideistä palasi työhön heti vanhempainvapaakauden päättymisen jälkeen. Lähes puolet äideistä hoiti lasta ainakin jonkin aikaa vanhempainvapaan jälkeen. Ongelmat

työmarkkinoille kiinnittymisessä heijastuvat naisten pitämien perhevapaiden keston: ne, joilla on työsuhde voimassa, palaavat työelämään nopeammin, kun taas ilman työsuhdetta olevat pitävät pitkiä perhevapaita. Työuran epävarmuus tuottaa myös aiempaa jyrkempiä valintoja työn ja perheen välillä. Lasten hankintaa lykätään ja lasten määrää rajoitetaan työtilanteen takia, tai työmarkkinoilta vetäydytään useaksi vuodeksi kotiin lapsia hoitamaan.

Vanhempainrahakauden pidentäminen ainakin lapsen ensimmäisen elinvuoden mittaiseksi saattaisi edistää myös miesten bonusvapaan ja vanhempainvapaan käyttöä ja näin ehkä myös nopeuttaa naisten paluuta perhevapailta työelämään. Lisäksi isän kiintiövapaakuukauden sijoittaminen lapsen ensimmäisen ikävuoden viimeiseksi kuukaudeksi tekisi mahdolliseksi äidin töihin menon ja lapsen kotihoidon yhden vuoden ikään asti. Osa-aikaisen vapaan yleistäminen edellyttää myös työnantajilta halukkuutta organisoida työtä uudella tavalla ja nostaa korvaustasoa nykyistä tuntuvasti korkeammaksi.

Työn ja perhe-elämän yhteensovittamista on kertomuskaudella kehitetty Euroopan sosiaalirahaston ja sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamissa hankkeissa. Tulokset osoittavat, että kehitys työpaikoilla edellyttää pitkäjänteisyyttä ja haasteiden moniulotteisuuden oivaltamista. Sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeisiä haasteita on nykyisen perhevapaaajärjestelmän kehittämisen ohella tukea työn ja perheen yhteensovittamista kolmen sukupolven kesken. Jos ikääntyvän väestön terveys pysyy hyvänä nykyistä kauemmin, on ilmeistä, että isovanhempien rooli lastenlasten hoitajina ja kumppaneina voi entisestään vahvistua. Toisaalta eliniän piteneminen merkitsee sitä, että arkiaskareisiinsa aikuisten, työelämässä olevien lastensa apua tarvitsevia ikäihmisiä on tulevana vuosina nykyistä enemmän.

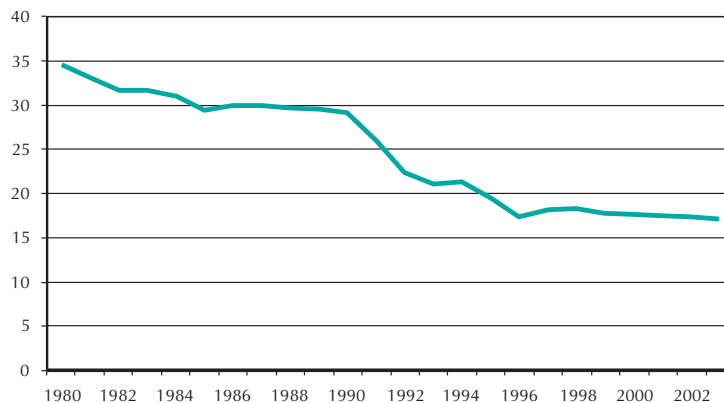
3.6.2 Työtapaturmat lievästi vähentyneet

Työolot ovat sidoksissa tuotanto- ja palvelurakenteeseen sekä tuotantomenetelmiin ja -tekniikkaan, jotka yleensä muuttuvat verrattain hitaasti. Myös asenteet ja organisaatiot muuttuvat hitaasti, joten työolojen ei voida olettaa muuttuneen kovin paljon edellisen kertomuksen jälkeen.

Tapaturmariski on hyvin erilainen eri aloilla ja tehtävissä. Työtapaturmien määrän kehitys (myös kuolemantapausten osalta) on ollut myönteistä runsaan kahden vuosikymmenen ajan (kuvio 18) kuten myös ammattitau-

tien kehitys runsaan kymmenen vuoden ajan. Työsuojelutoiminnan voi arvioida tuottaneen tuloksia. Viime vuosikymmenen lopun ja kuluvan vuosikymmenen alun voimakas noususuhdanne pysäytti työtapaturmien myönteisen kehityksen, mutta viime vuodet ovat jälleen osoittaneet lievää myönteistä kehitystä.

KUVIO 18. Palkansaajien työpaikkatapaturmataajuus 1980–2003 (vähintään 3 pv työkyvyttömyys)



Lähde: Tilastokeskus, Elinolot työelämässä

Suomessa tehdään laajassa yhteistyöverkossa työtä hyvien työolojen puolesta. Siinä tarkoituksessa toteutetaan valtakunnallisia työelämän kehittämisohjelmia. Kansainväliset vertailut osoittavat, että Suomen työolot samoin kuin työsuojelun ja työterveyden järjestelmä ovat korkeaa kansainvälistä tasoa.

3.6.3 Toimenpiteitä työolojen kehittämiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriö vahvisti alansa työsuojelustrategian huhtikuussa 1998. Siinä määritellään lähivuosien tavoitteet, painopisteet ja kehittämisperiaatteet. Työntekijöiden työ- ja toimintakykyä ylläpidetään ja edistetään sekä työtapaturmia ja ammattitautia ehkäistään. Erityisiksi kehittämiskohteiksi määriteltiin tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisy, henkinen hyvinvointi, työssä jaksaminen ja oman työn hallinta. Strategian toteutumista arvioivat seurantaraportit ovat ilmestyneet vuosina 2002 ja 2005.

Sosiaali- ja terveysministeriö vahvisti maaliskuussa 2001 koko sosiaali- ja terveystaloudellista strategiaa koskevan strategian ”Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa”. Siinä työsuojelun ja työelämän kehittämislinjaukset käsitellään pääasiassa otsikolla ”Työelämän vetovoiman lisääminen”. Ministeriö on käynnistänyt tavoitteiden toteuttamiseksi ns. Veto-ohjelman vuosiksi 2003–2007.

Vuonna 2002 EU:n komissio vahvisti tiedonannon ”Työn ja yhteiskunnan muutoksiin sopeutuminen: Yhteisön uusi työterveys- ja työturvallisuusstrategia vuosiksi 2002–2006”. Strategiassa on omaksuttu kokonaisvaltainen lähestymistapa työhyvinvointiin, ja siinä otetaan huomioon työelämän muutokset ja uudet, mm. psykososiaaliset riskit. Strategialla pyritään vahvistamaan riskien ennalta ehkäisyä korostavaa turvallisuuskulttuuria, hyödyntämään kaikkia käytettävissä olevia poliittisia välineitä sekä luomaan yhteistyökumppanuuksia työsuojelun sidosryhmien kesken. Strategia painottaa tavoitteellisuutta ja työolojen taloudellisen merkityksen huomioon ottamista. Neuvosto antoi asiakirjasta päätöslauselman samana vuonna 2002. Strategian seuraamiseksi käynnistettiin pohjoismaisena yhteistyönä pilottihanke, ja ensimmäinen versio Score Board 2003 julkistettiin keväällä 2004. Hankkeen toiseen vaiheeseen osallistuivat pohjoismaiden lisäksi Alankomaat, Irlanti ja Iso-Britannia ja raportti valmistui syksyllä 2005.

Suomi on osallistunut EU:n lainsäädäntään aktiivisesti. Suomessa voimaan saatetut työsuojeludirektiivien täytäntöönpanosäädökset tukevat työpaikkojen omaa ennaltaehkäisevää toimintaa ja ohjaavat osaltaan työpaikkojen riskien kartoitusta.

Vuonna 2002 tuli voimaan uusi työterveyshuoltolaki ja vuonna 2003 uusi työturvallisuuslaki. Näin työsuojelun keskeinen lainsäädäntö on modernisoitu ja saatettu vastaamaan nykyajan tarpeita. Uusi työsopimuslaki ja laki yksityisyyden suojasta työelämässä tulivat voimaan vuonna 2001. Viimeksi mainittua lakia on muutettu vuonna 2004. Uusi yhdenvertaisuuslaki tuli voimaan 1.2.2004 ja ulkomaalaislaki 1.5.2004. Lait toivat työsuojeluviranomaisille uusia valvontatehtäviä. Hallitus antoi kesällä 2005 esityksen uudeksi työsuojelun valvontalaiksi.

Hyvä työympäristö syntyy ensisijaisesti työpaikan omin toimin. Periaate, joka korostaa työpaikan oma-aloitteista ja järjestelmällistä toimintaa, on omaksuttu yhä paremmin. Vuonna 2003 voimaan tulleen työturvallisuuslain voidaan arvioida edelleen vahvistavan periaatteen toteutumista.

Työsuojeluasioiden liittäminen paremmin linjaorganisaatioon ja osaksi henkilöjohtamista on toteutunut yhä paremmin, ja työolojen kehittäminen nähdään entistä selvemmin johtamiskysymyksenä. Valvontalain uudistamisen tavoitteena on vahvistaa samaa periaatetta.

Myönteiset asenteet työolojen ja henkilöstön hyvinvoinnin kehittämiseen ovat lujittuneet. Taloudellisten näkökohtien huomioon ottaminen ja hyödyntäminen on edelleen vahvistunut työolojen kehittämisessä. Hyvät työolot yhdistetään entistä vankemmin korkeaan tuottavuuteen ja hyvään laatuun.

Työterveyshuollon ja työsuojelun yhteistyö on yleisesti hyväksytty tavoite, jossa on edistytty. Työterveyshuollon palvelujen saanti ei kuitenkaan riitä haja-asutusalueilla. Työterveyshuoltoa kehitetään valtioneuvoston vuonna 2004 tekemän periaatepäätöksen mukaan.

Työsuojelupiirien voimavaroja on suunnattu erityisesti kolmelle painopistealueelle: henkinen hyvinvointi työssä, tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisy sekä työtapaturmien torjunta. Vaikuttavuuden parantamiseksi on tavoitteena keskittää hallinnon voimavaroja ongelmallisimmille toimialoille. Viime vuosina on panostettu erityisesti myös työaikalainsäädännön noudattamisen valvontaan. Tarkastuksia tehtiin vuonna 2004 runsaat 20 000 kappaletta, mikä on jonkin verran vähemmän kuin edellisinä vuosina. Vuonna 2005 palkattiin yhteensä 12 uutta tarkastajaa, joista yhdeksän ulkomaalaislain ja kolme yhdenvertaisuuslain valvontaan liittyviin uusiin tehtäviin.

3.7 Ympäristöterveydenhuolto

Ympäristöterveydenhuolto on tärkeä osa ympäristöstä ihmiseen tai väestöön aiheutuvien terveyshaittojen ennaltaehkäisyä, vähentämistä ja poistamista. Merkittävimpiä terveyshaittoja aiheuttavia ympäristötekijöitä ovat saastuneet elintarvikkeet tai juomavesi, melu, huono sisäilma sekä erilaiset ympäristöönnettomuudet.

Ympäristöterveydenhuolto kuuluu pääosin kunnille. Sen henkilövoimavarat ovat noin 900 henkilötyövuotta ja nettokustannukset noin 60 miljoonaa euroa. Ympäristöterveydenhuollon kenttä on laaja ja monipuolinen. Ympäristöterveydenhuollon tärkeimpiä säädöksiä ovat terveydensuojelulaki (763/1994), elintarvikelaki (361/1995), eläimistä saatavien elintarvikkeiden hygieniasta annettu laki (1195/1996), kulutus-

tavaroiden ja kuluttajapalvelusten turvallisuudesta annettu laki (75/2004), kemikaalilaki (744/1989), toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annettu laki (693/1976) sekä eläinlääkintähuoltolaki (685/1990). Vuonna 2005 Eduskunnalle annettiin hallituksen esitys elintarvikelainsäädännön uudistamisesta siten, että elintarvikelain, eläimistä saatavien elintarvikkeiden hygieniasta annetun lain ja terveydensuojelulain 8 luvun säännökset yhdistettäisiin yhdeksi elintarvikelaiksi.

Kunnallisen ympäristöterveydenhuollon voimavarat ovat vähentyneet ja tehtävät lisääntyneet 1990-luvun alusta lähtien, mikä on vaikeuttanut ympäristöterveydenhuollon tehtävien hoitamista kuntasektorilla. Niinpä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma vuosille 2004–2007 antaa ympäristöterveydenhuollon tavoitteiksi kuntien yhteistoiminnan edistämisen ja lisäämisen paikallisesti sopimalla, kuntien valvonnan toimeenpanon tehostamisen lisäämällä suunnitelmallista valvontaa sekä ympäristöterveydenhuollon voimavarojen turvaamisen laajentamalla valvontamaksujen käyttöä.

3.7.1 Kuntien yhteistoiminnan kehittäminen

Valtioneuvosto hyväksyi 30.10.2003 periaatepäätöksen elintarvikevalvonnan kehittämisestä. Koska elintarvikevalvonta on tärkeä osa ympäristöterveydenhuoltoa, periaatepäätöksen linjaukset koskevat koko alaa. Päätöksen tavoitteena on parantaa elintarviketurvallisuutta. Siinä määritellään elintarvikevalvonnan kehittämissuuntaviivat lähivuosiksi. Paikallinen, kuntien vastuulla oleva valvonta kootaan 50–85 seutuyksiköön. Ympäristöterveydenhuollon ohjausta tehostetaan valtakunnallisella valvontaohjelmalla sekä lisäämällä paikallisen valvonnan suunnitelmallisuutta ja laatua. Kunnan suunnitelman mukainen säännöllinen valvonta säädetään maksulliseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja maa- ja metsätalousministeriö käynnistivät vuonna 2003 yhteishankkeen ympäristöterveydenhuollon alueyhteistoiminnan kehittämiseksi. Vuosiksi 2003–2005 suunnitellun kokeiluhankkeen tarkoituksena oli arvioida 5–10 kokeilualueella eräiden kunnallisten yhteistoimintamallien toimivuutta käytännössä ottaen huomioon maan eri alueiden erilaisen väestöpohjan ja tuotantorakenteen. Hankkeen tavoitteista, etenemisestä ja jatkotoimenpiteistä kerrotaan tarkemmin osiossa 4.2.5.

3.7.2 Valvonnan suunnitelmallisuuden ja maksullisuuden kehittäminen

Vuoden 2002 alussa sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän selvittämään kunnallisen ympäristöterveydenhuollon valvonnan maksullistamisen mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja. Työryhmään kutsuttiin edustajia ympäristöterveydenhuollon vastuuministeriöistä, keskusvirastoista, kunnista, työnantajajärjestöistä sekä Suomen Kuntaliitosta. Työryhmä sai työnsä päätökseen 8.1.2004. Se esitti, että kunnallisen ympäristöterveydenhuollon valvonnan maksullistaminen on mahdollista siten, että maksuja alettaisiin periä kunnan hyväksymän valvontasuunnitelman mukaisista tarkastuksista. Se edellyttäisi ympäristöterveydenhuollon lakien muuttamista siten, että niihin lisättäisiin säännös kuntien velvollisuudesta laatia valvontasuunnitelma sekä säännös maksujen perimisestä valvontasuunnitelman mukaisista tarkastuksista. Samalla työryhmä esitti ympäristöterveydenhuollon lakien muuttamista tarpeellisin osin.

Työryhmän esitykset valvonnan suunnitelmallisuudesta ja maksullistamisesta on otettu huomioon tuoteturvallisuuslain (914/1986) korvanneessa kulutustavaroiden ja kuluttajapalveluksien turvallisuudesta annetussa laissa (75/2004) sekä elintarvekelainsäädännön uudistamista ja ympäristöterveydenhuollon muun lainsäädännön muutosta koskeissa hallituksen Eduskunnalle vuonna 2005 antamissa esityksissä.

3.7.3 Kansallinen kemikaaliohjelma

Matti Vanhasen hallitusohjelman mukaisesti on ryhdytty valmistelemaan vaarallisia kemikaaleja koskevaa kansallista ohjelmaa. Sitä varten perustettiin syksyllä 2003 ympäristöministeriön päätöksellä ohjausryhmä. Sen tavoitteena on laatia ohjelma, jossa muodostetaan Suomen oloista lähtevä käsitys kansallisen kemikaalivalvonnan tavoitteista ottaen huomioon Euroopan yhteisön lainsäädäntö. Tarkoituksena on, että valtioneuvosto tekee ehdotuksen pohjalta periaatepäätöksen kansallisesta kemikaaliohjelmasta.

Kansallinen ohjelma laaditaan analysoimalla nykytilanne, tekemällä tarvittavat taustaselvitykset ja esittämällä johtopäätösten perusteella tarvittavat toimenpiteet. Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus ja Suomen ympäristökeskus valmistelevat taustaselvitykset toimenpidesuosituksineen. Alustavista toimenpideehdotuksista pyydettiin lausunnot vuoden 2005 loppuun mennessä.

4

Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset uudistushankkeet ja niiden toteutuminen

4.1 Hallinnonalan kehittämistä ohjaavat instrumentit

Valtioneuvosto hyväksyi joulukuussa 2003 sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman vuosille 2004–2007 (TATO). Se tarkentaa pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelman tavoitteita. Ohjelman tarkemmat toimenpidesuosituksukset koskevat ensisijassa kuntia.

TATO:n ohjausta ei 2000-luvun alussa kuitenkaan katsottu riittävän vahvaksi, koska informaatio-ohjaus ei velvoittanut kuntia toimimaan suositusten mukaisesti. Yhteiskunnassa tapahtui nopeita muutoksia, jotka koettelivat hyvinvointivaltion ja hyvinvointipolitiikan päätöksentekoa.

Vuonna 2002 valtioneuvosto teki periaatepäätökset kansallisen terveydenhuollon hankkeen ja sosiaalialan kehittämishankkeen käynnistämisestä. Haluttiin vahvistaa kuntien sitoutumista valtakunnallisiin tavoitteisiin osoittamalla niille lisää yleistä valtionosuutta ja terveydenhuollon hankkeelle myös erillinen määräraha. Lisäksi pääosa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden yleisistä valtionavustuksista päätettiin suunnata kansallisiin hankkeisiin kunnissa. Hallituskaudella niihin suunnataan valtionavustusta yhteensä noin 200 miljoonaa euroa, minkä voi olettaa vauhdittavan merkittävästi valtakunnallisesti tavoiteltuja uudistuksia.

Kansallista terveydenhuollon hanketta (ks. tarkemmin luku 4.2.1) ja sosiaalialan kehittämishanketta (ks. tarkemmin luku 4.2.2) toteutetaan tiiviissä vuorovaikutuksessa kentän kanssa. Sosiaalihankeessa myös uudistustarve ja tavoitteet selvitettiin kentällä palkkaamalla kolme selvityshenkilöä. Heidän ehdotuksensa ja pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelman tavoitteet sovitettiin valtioneuvoston periaatepäätökseksi. Sitten

asetettiin yhdeksän johtoryhmää vastaamaan ohjelman toteutumisesta omilla alueillaan. Tiedonkulkuun ja vuorovaikutukseen kentän kanssa on kiinnitetty erityistä huomiota, eli tällä hallituskaudella on siirrytty puhtaasta informaatio-ohjauksesta ohjelmajohtamiseen.

Ohjelmajohtaminen liittyy hallituksen tärkeimpiin hallinnonalojen välisiin tehtäväkokonaisuuksiin, politiikkaohjelmiin. Ne ovat välineitä, joilla hallitus varmistaa, että eri hallinnonalojen resursseja hyödynnetään tehokkaasti, toimenpiteet ovat mahdollisimman yhdensuuntaisia ja hallinnonalojen yhteistyön etuja käytetään täysin mitoin edistämään hallitusohjelman ydintavoitteita. Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen aikana on käynnistetty neljä politiikkaohjelmaa, joita vastaavat ministerit johtavat ja koordinoivat. (Ks. tarkemmin www.valtioneuvosto.fi 2005.)

4.2 Hallinnonalan keskeiset ohjelmat ja hankkeet

4.2.1 Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi

Tavoitteet

Valtioneuvosto asetti kansallisen terveydenhuollon hankkeen syyskuussa 2002. Avointen lääkärintervikojen määrä kasvoi nopeasti, jonot erikoissairaanhoidon olivat erityisen pitkiä lääkärilakon jälkeen, mutta hoitohenkilökunnasta ei ollut pulaa. Projektin tärkeimmäksi tavoitteeksi asetettiin turvata tasapuoliset terveystalvelut asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Valtioneuvoston periaatepäätöksessä kiinnitetään huomiota erityisesti toimivaan perusterveydenhuoltoon ja ennaltaehkäisyyn, hoitoon pääsyyn, henkilöstön saantiin ja osaamiseen, toimintojen ja rakenteiden uudistamiseen sekä terveydenhuollon rahoitukseen.

Toteutetut toimenpiteet ja arvio niiden vaikutuksesta

Vuosina 2003–2004 hankkeessa keskityttiin koulutusmäärien lisäämiseen, erikoissairaanhoidon yhteistyö- ja työnjakosuunnitelmien laatimiseen ja toteuttamiseen sekä hoitoonpääsyn määrärajoja koskevan lainsäädännön valmisteluun. Lääkäri-, hammaslääkäri ja sairaanhoitajakoulutuksen aloituspaikkoja lisättiin. Lääkäreiden erikoistumiskoulutusta muutettiin niin, että painopistettä siirrettiin jonkin verran yliopistosairaaloista keskus-

sairaaloihin. Perusterveydenhuollon osuutta erikoislääkärikoulutuksessa lisättiin.

Rakenteissa päähuomio on kiinnitetty erikoissairaanhoidon yhteistyön ja työnjaon kehittämiseen. Sairaanhoidopiirit ovat erityisvastuualueittain laatineet suunnitelmat muun muassa laboratorio- ja kuvantamistoimintojen järjestämisestä vähintään yhden sairaanhoidopiirin väestölle. Nykyään runsaat puolet suomalaisista asuu alueilla, joilla kunnallinen laboratorioliikelaitos toimii sairaanhoidopiirin osana. Kuvantamistoiminnoissa kehitys on ollut selvästi hitaampaa. Toistaiseksi vaativimpien toimintojen keskittämisestä on sovittu varsin vähän erityisvastuualueiden sisällä.

Terveysdenhuollon hanke edellytti perusterveydenhuollon ja lähipalvelujen järjestämistä vähintään 20 000–30 000 asukkaan seuduittain. Sen kokoisia terveyskeskuskuntayhtymiä on syntynyt muutama. Paikoin perusterveydenhuollon palvelut on järjestetty isäntäkuntamallilla. Yleisesti ottaen kehitys on kuitenkin vasta alussa, ja meneillään oleva kunta- ja palvelurakennehanke esittää ratkaisumalleja myös siihen.

Vuosina 2004–2005 kansallisessa terveydenhuollon hankkeessa on keskitytty hoitoon pääsyn turvaamiseen. Määräaikoja koskevat kansanterveyslain, erikoissairaanhoidolain, potilaslain ja asiakasmaksulain muutokset tulivat voimaan 1.3.2005. Toimien myönteisiä tuloksia on raportoitu yksityiskohtaisesti luvussa 3.

Hoitoon pääsyn turvaamiseksi on laadittu yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Perusteiden ja määräaikojen terveystaloudelliset vaikutukset arvioidaan seuraavien kahden vuoden aikana.

4.2.2 Sosiaalialan kehittämishanke

Tavoitteet

Sosiaalialan kehittämishanke toteutetaan valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti vuosina 2003–2007. Se käynnistyi alan tulevaisuuden turvaamiseksi, kun palvelujen järjestämisessä, saannissa ja laadussa eri puolilla Suomea oli sekä olemassa että odotettavissa olevia kehittämistarpeita. Palvelujärjestelmässä on ongelmia muun muassa henkilöstön pysyvyydessä, työnjaossa ja yhteistyössä sekä palvelujen vaikuttavuudessa (ks. alaluku 4.3.2). Väestön ikääntyminen, maan sisäinen muuttoliike, kansainvälistyminen sekä kuntatalouden epävakaat näkymät ovat haasteita palvelujen järjestämiselle (ks. luku 1).

Hanke on käynnistänyt sosiaalipalvelujen erittäin laajan, merkittävän ja järjestelmällisen uudistamisen sekä alueellisen kehittämistoiminnan luomisen ja vakiinnuttamisen. Palvelujen tuottamiselle pyritään löytämään alueittain kestävät rakenteet ja rahoitustavat.

Toimenpiteet

Palvelujen saanti ja laatu pyritään turvaamaan uudistamalla lainsäädäntöä, palvelujen tuottamisrakenteita ja työntekijöiden toimintakäytäntöjä. Kaikkia sektoreita, lasten ja perheiden, vanhusten, vammaisten ja päihdeongelmaisten palveluja, uudistetaan pitkäjänteisesti. Tavoitteena on entistä inhimillisemmät ja vaikuttavammat palvelut. Kuntien ja eri ammattilaisten toimiva työnjako, hyvien työkäytäntöjen levittäminen sekä varhainen puuttuminen ovat kehittämishankkeen keskeiset periaatteet. Sosiaalipalvelujen uudistusta edistetään yli 20 valtakunnallisella osahankkeella ja lukuisilla kuntien omilla hankkeilla, jotka noudattavat valtakunnallisia linjauksia.

Kahtena ensimmäisenä toimintavuotena on keskitytty sosiaalihuollon asiakkaan ja henkilöstön asemaa parantaviin valtakunnallisiin osahankkeisiin ja lainsäädäntöön esimerkiksi seuraavin uudistuksin:

Laki sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista ja täydennyskoulutusvelvoite tulivat voimaan elokuussa 2005. Sosiaalialan henkilöstön määrää ja työnjakoa koskevat suositukset valmistuvat vuoden 2006 lopussa. Lisäksi vuoden 2006 aikana tehdään täydennyskoulutusopas sekä selvitetään johtamistilanne ja johdon koulutustarpeet.

Lastensuojelun kehittämisohjelmassa on kartoitettu perusteellisesti keskeiset kohteet. Vuosien 2006–2007 aikana linjataan 2000-luvun lastensuojelun periaatteet sekä uusitaan lastensuojelun sosiaalityön toimintamalleja ja ohjeita sekä työn dokumentointia. Kehittämisohjelman osana aloitettiin lastensuojelulainsäädännön kokonaisuudistus vuoden 2005 alussa. Hallituksen esitys valmistuu kevään 2006 aikana.

Vanhusten palvelutarpeen arviointiin pääsyä koskeva laki tulee voimaan 1.3.2006 ja kehitysvammalain ja vammaispalvelulain yhteensovittaminen on aloitettu. Vanhusten ja vammaisten kotihoidon saatavuutta ja sisältöä on alettu parantaa yhteistyössä kuntien kanssa. Omaishoitoa on tuettu lakiuudistuksin sekä valmistelemalla opas omaishoitajien tueksi (ks. 3.7.11). Sosiaalihuollon tietotekniikan kehittämiseksi on luotu strategia, ja hanke on saatu hyvään käyntiin. Lisäksi sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmiä ja sähköisiä palveluja uudistetaan. (Ks. 3.3.)

Näiden uudistusten lisäksi on suunnattu katsetta myös kauemmas tulevaan. Hyvinvointi 2015 -ohjelman laatiminen on käynnistynyt. Ohjelmassa ennakoitaan toimintaympäristön muutoksia ja esitetään toimia, joilla ehkäistään ja ratkotaan sosiaalisia ongelmia. Ohjelmassa esitetään keinoja parantaa sosiaalista turvallisuutta sekä tasapainottaa yksilön vastuu ja yhteisön tuki. Ohjelma valmistuu vuoden 2006 syksyllä.

Kuntien valtionosuuksia kehittämishankkeen uudistuksiin lisätään vuosina 2004–2007 yhteensä 110 miljoonaa euroa. Sosiaalialan kehittämishankkeen keskeinen osa ovat kuntien omat hankkeet, joita tuetaan valtionavustuksin. Niitä jaetaan yli 82 miljoonaa euroa vuosina 2004–2007. Summasta jaettiin vuosina 2004–2005 reilu kolmannes eli 30,8 miljoonaa euroa. Vuosina 2006–2007 jaetaan yhteensä 51 miljoonaa euroa.

Valtionavustusta on kohdennettu erityisesti seutuyhteistyön lisäämiseen, uusien rakenteiden ja toimintatapojen kehittämiseen (seutukehittäjät ja seutujen kehittämisyksiköt), vanhusten palvelujen kehittämiseen (kotihoito) sekä lasten ja lapsiperheiden palvelujen kehittämiseen (perhekeskustoiminta, lastensuojelu, varhaiskasvatus). Erityisesti ministeriön avustamista kehittämishankkeista valtaosa on usean kunnan yhteisiä. Tulevina vuosina Stakesin ja lääninhallitusten kanssa arvioidaan hankkeiden juurtumista ja vaikutuksia.

4.2.3 Terveys 2015 -kansanterveysohjelma

Tavoitteet

Valtioneuvosto teki vuonna 2001 periaatepäätöksen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Se on sosiaali- ja terveysministeriön ns. strategisia hankkeita, jotka toteuttavat hallitusohjelman linjauksia. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmalla pyritään rakentaman laajaa terveystaloutta niin, että se antaa yhteisen pohjan edistää terveyttä eri tahoilla. Ohjelma linjaa kansallista terveystaloutta pitkällä aikavälillä, ja sen vuoksi tavoitteet on asetettu vuoteen 2015.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma tukee ja edistää terveyttä kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Kahdeksan kansanterveystavoitetta kohdistuvat yhteistyötä edellyttäviin, keskeisiin ongelmiin. Tavoitteena on:

1. parantaa lasten hyvinvointia ja terveyttä
2. vähentää nuorten tupakointia sekä alkoholin ja huumeiden käyttöä

3. vähentää nuorten miesten tapaturma- ja väkivaltakuolleisuutta
4. kehittää työikäisten työ- ja toimintakykyä sekä työelämän oloja työssä jaksamiseksi
5. parantaa yli 75-vuotiaiden toimintakykyä
6. lisätä terveitä elinvuosia
7. säilyttää kansalaisten tyytyväisyys terveyteensä, ympäristön terveellisyyteen ja saamiinsa terveystalveluihin
8. vähentää väestöryhmien terveyseroja.

Toteutetut toimenpiteet

Ohjelman toimeenpanoa ja seuranta koordinoi valtioneuvoston asettama Kansanterveyden neuvottelukunta, joka on lakisääteinen. Muut hallinnonalat ja tahot ovat mukana laajasti. Lähtökohtana on hyödyntää nykyisiä hankkeita ja muuta toimintaa sekä lisätä eri tahojen yhteistyötä. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toimeenpanossa ja eri tahojen sitouttamisessa on pyritty käyttämään hyväksi vakiintuneita rakenteita ja foorumeita. Toimeenpanossa on painotettu terveyttä edistävää yhteistyötä hallinnonalojen eri tasoilla.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma on otettu huomioon sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulosohtauksessa. Tulossopimukset ovat sisältäneet ohjelmaa koskevia tulostavoitteita. Kansanterveyslaitos on tuottanut hyvää pohjatietoa mm. Terveys 2000 -tutkimuksessa, ja Stakes on tukenut ohjelmaa kunnissa muun muassa koordinoimalla Terve kunta -verkostoa sekä järjestämällä valtakunnallisia koulutustilaisuuksia. Lääninhallitukset ovat tehneet ohjelmaa tunnetuksi ja tukeneet kuntia.

Kansanterveyslaitoksen koordinoima TEROKA-kumppanuushanke (ks. alaluku 4.3.1) kokoaa tietoja ja kehittää menetelmiä väestöryhmien terveyserojen kaventamiseksi. Terveysten edistämismallien ja -menetelmien kehittämistä on jatkettu kuntien kanssa mm. Terveys 2015 -kuntahankkeessa ja muissa Stakesin hankkeissa. Esimerkiksi TEJO-hankkeessa on kehitetty hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimeenpanorakenteita ja johtamiskäytäntöjä kunnille ja seutukunnille yhteistyössä ammattikorkeakoulujen ja lääninhallitusten kanssa. Kunnallisen terveyden edistämisen laatusuosituksista on valmistunut luonnos, ja sitä on kokeiltu muutamien kuntien/seutukuntien kanssa. Suositukset tukevat Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteita alue- ja paikallistasolla. Ne ohjaavat kuntia, seutukuntia ja maakuntia kehittämään, järjestämään ja arvioimaan tervey-

den edistämistä. Ne konkretisoivat ehkäisevän terveyspolitiikan tavoitteita ja auttavat päätöksentekoa ja suunnittelua.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman seuranta on vakiinnutettu osaksi Stakesin SOTKANet-indikaattoripankkia. Seuranta varten Kansanterveyslaitos, Stakes ja Työterveyslaitos ovat valinneet valtakunnallisia ja paikallisia indikaattoreita, joista suuri osa on jo saatavissa SOTKANetistä.

Stakesissa on jatkettu menettelytapojen ja mallien kehittämistä politiikkalohkojen terveysvaikutusten ennustamiseen paikallisesti (Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi -projekti). Suomen EU-puheenjohtajuuskauden valmisteluun liittyen on ryhdytty kansallisesti kehittämään "Terveys kaikissa politiikoissa" -periaatetta tukemaan ministeriöitä terveysnäkökohtien huomioon ottamisessa.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteista on järjestetty laajoja, valtakunnallisia seminaareja. Kesäkuussa 2004 järjestetyssä seminaarissa arvioitiin Terveys 2015 -kansanterveysohjelman edistymistä. Teemoista nostettiin esille väestöryhmien terveyserojen kaventaminen. Tilaisuudessa julkistettiin kansainvälinen raportti terveyseroja koskevista toimista. Kevään 2005 seminaarissa teemana oli lasten ja nuorten terveys. Seminaareissa on arvioitu miten Terveys 2015 -kansanterveysohjelman kyseistä teemaa koskevat tavoitteet ja toimintasuunnat ovat toteutuneet sekä pyritty löytämään toimintamalleja ja yhteistyömuotoja. Valmisteilla on seminaari nuorten miesten tapaturma- ja väkivaltakuolleisuuden vähentämisestä. Lisäksi lääninhallitukset ja muut tahot ovat järjestäneet alueellista koulutusta ja tukeneet ohjelman toimeenpanoa kunnissa.

Ammattikorkeakoulujen yhteistyönä on valmisteltu terveyden edistämisen verkko-opintokokonaisuus, jota voidaan käyttää perus-, erikoistumis- ja jatkotutkinnoissa sekä kuntien henkilöstön täydennyskoulutuksessa. Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen terveyden edistämisen sisältöjä ja kehittämistarpeita on selvitetty opetusministeriön kanssa. Raportti julkaistaan sosiaali- ja terveysministeriön julkaisusarjassa.

Järjestöjen toimintaa on tuettu mm. rahoittamalla terveyden edistämisen määrärahoihin Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteita tukevia hankkeita.

Pääosin kehitys on ollut Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden suuntaista, mutta väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on edelleen suurimpana haasteena. Kehitystä on tarkemmin kuvattu tämän kertomuksen eri teemojen yhteydessä

Jatkotoimet

Kansanterveyden neuvottelukunta koordinoi Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toimeenpanoa. Siinä painotetaan edelleen hallinnonalojen yhteistyötä eri tasoilla. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet otetaan huomioon myös muissa ohjelmissa ja hankkeissa.

Terveys- ja tutkimusohjelma ja TEROKA-kumppanuushanke jatkuvat. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa väestöryhmien terveyserojen syistä ja supistamiskeinoista lisätään, seurantatietojen keruuta systematisoidaan ja erojen vähentämiseen tähtäävää toimintaa tehostetaan. Lisäksi aloitetaan laaja-alaisen kansallisen terveyseroja kaventavan strategian ja siihen liittyvän toimintasuunnitelman valmistelu.

Alkuvuodesta 2006 järjestettiin Terveystiedon edistämisen aluekierros, jonka tavoitteena oli vahvistaa terveyden merkitystä paikallisessa päätöksenteossa, kuvata alueellisia terveyden edistämisen haasteita ja tuoda esille terveyden edistämisen työvälineitä päättäjille ja käytännön toimijoille. Tarkoitus oli myös hakea yhdessä toimivia käytäntöjä terveyden edistämisen tehokkaaseen toteutukseen. Lisäksi halutaan virittää alueilla toimintaa, joka vahvistaa terveyden edistämistä sekä hallinnonalojen välisenä yhteistyönä että terveydenhuollossa. Taustatiedoksi mm. selvitettiin terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan tilaa terveyskeskuksissa uusimmalla syksyllä 2003 tehty kysely.

Vuoden 2006 alusta voimaan tulleilla kansanterveyslain muutoksilla täsmennettiin kansanterveystyön käsitettä ja selkiytettiin kunnan tehtäviä terveyden edistämisessä. Kuntia velvoitetaan seuraamaan asukkaiden terveydentilaa väestöryhmittäin ja huolehtimaan terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kaikilla tehtäväalueillaan.

Kuntien terveydenedistämistoiminnan seuranta- ja arviointia varten on ryhdytty kehittämään kaikki kunnat kattava yhtenäinen ja suunnitelmallinen terveyden edistämisen seuranta- ja vertailuanalyyysjärjestelmä. Kehittämistyö tehdään yhdessä kuntien, valtion tutkimuslaitosten ja lääninhallitusten kanssa.

4.2.4 Alkoholiohjelma 2004–2007

Ohjelman tavoitteet

Alkoholiohjelma 2004–2007 luotiin kokoamaan ja kehittämään haittojen vähentämistä. Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista

(9.10.2003) asetti tavoitteeksi alkoholijuomien kulutuksen kääntämisen laskuun, alkoholin lasten ja perheiden hyvinvoinnille aiheuttamien haittojen vähentämisen sekä alkoholijuomien riskikäytön ja siitä aiheutuvien haittojen vähentämisen.

Alkoholiveron alennus kiihdytti alkoholin kulutuksen rajuun kasvuun vuonna 2004 (kuvio 6). Jo ennestään huomattavien terveydellisten ja sosiaalisten haittojen samoin kuin järjestys- ja turvallisuushaittojen kasvu on osin kiihtynyt entisestään. Ne heijastuvat hyvinvoinnin ja toimintakyvyn heikkenemisenä koko yhteiskuntaan ja rasittavat sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää entistä enemmän. (Ks. 2.2.4.)

Valtioneuvosto päätti alkoholiveroa alentaessaan, että alkoholin vähittäismyyntimonopoli säilytetään nykyisellään, ja korosti valvonnan merkitystä haittojen ehkäisyssä. Alkoholin verotus ja saatavuus vaikuttavat suoraan sen kulutukseen ja haittoihin. Niiden sääntelyn lisäksi päihdetyössä on useita ehkäisylinjoja, joiden käyttöä on tehostettava.

Pysyvä muutos edellyttää pitkäjänteistä ja oikein kohdennettua toimintaa. Ohjelman tavoitteena on koota valtionhallinnon ja muiden tahojen alkoholihaittoja vähentävää työtä aiempaa jäsentyneemmäksi kokonaisuudeksi, vakiinnuttaa kehittävä ote, joka perustuu selkeisiin tavoitteisiin ja tulosten arviointiin, vahvistaa toiminnan rakenteita ja ohjata painottamaan toimintalinjoja, joiden tuloksista on vahvin näyttö. Yli hallinnon lohkorajojen ulottuvista toimista päätetään keväällä 2006.

Keväällä 2006 valmistuu kuvaus ja väliarvio alkoholiolojen kehityksestä ja alkoholiohjelman toteutumisesta. Alkoholiohjelman tuloksista tehdään myös ulkopuolinen arviointi sen päätyttyä vuonna 2007.

Ohjelman käynnistyminen

Alkoholipolitiikkaa on tehostettu useimpien ministeriöiden toimialoilla. Vuoden 2005 lopulla muodostettiin keskeisten ministerien työryhmä määrittelemään omien sektoriensa välittömät toimet valtioneuvoston periaatepäätöksen tavoitteiden toteuttamiseksi.

Kaikkiin lääninhallituksiin perustettiin vuonna 2004 hallinnonalojen välinen työryhmä, jonka tehtävänä on päihdetyön koordinointi ja seuranta. Kaikissa lääninhallituksissa on vireillä terveyden edistämisvaroin tuettu hanke, joka tukee alkoholiohjelman ja huumausainepoliittisen ohjelman toteuttamista kunta- ja aluetasolla.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla alkoholiohjelmaa toteu-

tetaan muun muassa palvelujen kehittämisohjelmilla. Vuosina 2004–2005 kuntien päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittämistä tuettiin valtionavustuksin lähes yhdeksällä miljoonalla eurolla. Lasten ja lapsiperheiden palvelujen ja lastensuojelun kehittämiseen myönnetyt avustukset olivat samaa luokkaa. Päihdetyön kehittäminen edellyttää mm. sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kouluttamista. Opetusministeriö asetti sosiaali- ja terveysministeriön kanssa syksyllä 2005 työryhmän selvittämään ammattiväelle suunnatun päihdekoulutuksen tilaa ja kehittämistarpeita.

Suomessa on runsaat puoli miljoonaa alkoholin riskikuluttajaa. Riskikäytön vähentäminen edellyttää muun muassa, että ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain ja alkoholinkäytön omatoimista hallintaa parannetaan. Vuosien 2004–2006 Valtakunnallisen mini-interventioprojektin (VAMP) tavoitteena on vakiinnuttaa alkoholinkäytön riskien arviointi ja mini-interventio terveydenhuollon arkikäytännöksi. Vuonna 2005 toiminnan piirissä oli 23 kuntaa ja noin 1,5 miljoonaa ihmistä. Työterveyslaitos toteuttaa vuosina 2004–2007 vastaavaan hankkeen, jossa kohteena on koko työterveyshuolto, yhteensä noin tuhat työterveysyksikköä. Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamissa mini-interventiohankkeissa koulutetaan tuhansia terveydenhuollon ammattilaisia.

Mini-interventiohankkeissa samoin kuin kuntien ja järjestöjen ehkäisevässä työssä käytetään hyväksi alkoholiohjelman ilmaisaineistoja. Vuosina 2004–2005 menekkituotteita olivat alkoholinkäytön riskien arviointiin tarkoitettu Audit-testi (400 000 kpl) ja sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestöjen yhteistyönä tuotettu ja jaeltu alkoholinkäytön puheeksioton opas (300 000 kpl). Vuoden 2005 lopulla mm. Alkon myymälöiden ja apteekkien kautta jaettiin 1,3 miljoonaa riskikulutuksesta muistuttavaa korttia.

Valtionhallinnon ulkopuoliset toimijat liittyvät alkoholiohjelmaan kirjallisin kumppanuussopimuksin. Vuoden 2005 lopussa kumppaneita oli 128. Joukossa on kansalais-, ammatti- ja elinkeinojärjestöjä, johtavat kirkot sekä 38 kuntaa. Kuntakumppanien joukko kasvaa edelleen.

Lääninhallitukset arvioivat peruspalvelut vuonna 2004. Tulosten mukaan useimpien kuntien ehkäisevä päihdetyö on heikosti järjestetty ja sillä on puutteelliset resurssit. Vain 75 kunnassa on päätoiminen viranhaltija koordinoimassa päihdetyötä. Ohjaava strategia tai vastaava suunnitelma ja hallinnonalojen välinen päihdetyöryhmä on hieman harvemmalla kuin joka toisella kunnalla. Alkoholiohjelman kumppanikunnat sitoutuivat päivittämään päihdestrategiansa ja parantamaan sen organisointia.

Yhtenä ratkaisumallina on seutuyhteistyö, jota kehitetään Stakesin ja lääninhallitusten ohjauksella ja erillishankkeissa. Stakes tuotti vuonna 2005 ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit ja analyysin kuntien päihdestrategioista. Vuosina 2004–2005 kuntien päihdetyön kehittämishankkeita tuettiin valtionavustuksin ja terveyden edistämisen määrärahoihin yli kahdella miljoonalla eurolla.

Alkoholiohjelmaan osallistuvien raittius-, päihde- ja terveysjärjestöjen toiminnassa painottuvat tuen ja päihteettömän toimintaympäristön tarjoaminen päihdeongelmallisille sekä nuorille tai nuorten kanssa toimiville suunnattu valistus, tiedotus ja koulutus. Järjestöjen työtä jäsentää ja tukee Terveyden edistämisen keskuksen koordinoima *Järjestöjen päihdeohjelma vuosille 2004–2006*. Vuonna 2005 tuettiin raittius-, päihde- ja terveysjärjestöjen hanketyötä Raha-automaattiyhdistyksen voittovaroista ja terveyden edistämisen määrärahoista yli kahdeksalla miljoonalla eurolla.

Kehittämistarpeita

Kuntien ehkäisevä päihdetyö painottuu tiedotukseen ja asennevaikuttamiseen, päihteettömän toiminnan järjestämiseen, varhaiseen puuttumiseen opetus- ja nuorisotyössä sekä vanhempien kasvatustehtävän tukemiseen. Elinympäristön kehittäminen, syrjäytymisen ehkäisy ja alkoholin myynnistä ja anniskelusta syntyviin haittoihin vaikuttaminen ovat toistaiseksi jääneet vähälle huomiolle. Päihdetyön suunnitelmallisuudessa ja hallintokuntien yhteistyössä on paljon kehittämisen varaa.

Alkoholin anniskelu- ja vähittäismyyntilupien hallinto ja valvonta siirtyivät lääninhallituksille vuoden 2005 alusta. Se antaa mahdollisuuden korostaa hallinnon asemaa alkoholihaittojen ehkäisyssä. Alkoholin myynti alaikäisille ja päihtyneille on kielletty. Kiellon valvonnan kehittäminen, anniskelun rajoittaminen perhetilaisuuksissa ja kielteisten ympäristövaikutusten huomioon ottaminen lupia myönnettäessä ja valvottaessa ovat keskeisiä keinoja varmistaa, että elinympäristö tukee alkoholihaittojen ehkäisyä. Hallinnon, kuntien ja elinkeinojen yhteistyömalleja kehitetään muun muassa Stakesin ja kahden seutukunnan yhteishankkeessa Paikallinen alkoholipolitiikka (PAKKA 2004–2008).

Kuntien ja järjestöjen uudet ehkäisevän työn hankkeet ovat useimmiten vasta käynnistysvaiheessa. Tuloksia odotetaan muutaman vuoden kuluessa. Kehittämishankkeissa, jotka tähtäävät myöhemmin hyödynnettäviin työmalleihin ja -välineisiin, aikajänne on sitäkin pitempi.

Alkoholijuomien myynnin kehitys parin viime vuoden aikana viittaa rakennemuutokseen, väkevien juomien kulutuksen kasvuun ja anniskelukulutuksen osuuden vähenemiseen. Jatkuessaan se voi vaatia arvioimaan uudelleen painotuksia sekä kansalaisiin suuntautuvassa ehkäisevässä työssä että alkoholivalvonnassa ja järjestyksen valvonnassa.

4.2.5 Muut ohjelmat ja niiden toteuttaminen

Huumausainepoliittinen toimenpideohjelma vuosille 2004–2007

Tavoitteet

Suomen huumausainepolitiikan peruslinja määritellään asiakirjassa Huumausainestrategia 1997. Sen mukaan tavoitteena on rajoittaa huumausaineiden leviämistä ja käyttöä sekä vähentää huumeista ja niiden ehkäisystä, hoidosta ja valvonnasta aiheutuvia yksilöllisiä, yhteiskunnallisia ja taloudellisia haittoja.

Huumausaineiden käyttöä ehkäistään ensisijaisesti vaikuttamalla elinoloihin. Huumausaineiden käyttäjien hoito perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon yleiseen periaatteeseen antaa kansalaisille yhdenvertaisesti heidän tarvitsemansa palvelut. Poliisin valvonnalla rajoitetaan huumausaineiden tarjontaa ylläpitämällä huumerikoksista kiinnijäämisen riskiä.

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004–2007 pyrkii helpottamaan huumausainetilannetta pysyvästi. Ohjelma sisältää useita kokonaisuuksia, jotka liittyvät huumausainepolitiikan koordinaatioon, huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan vähentämiseen, kansainväliseen yhteistyöhön sekä tutkimukseen ja seurantaan. Keskeistä on eri viranomaisten ja hallinnonalojen yhteistyö huumausaineiden torjumiseksi ja huumeista aiheutuvien haittojen vähentämiseksi. Ohjelman seurannasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriön johtama huumausainepoliittinen koordinaatioryhmä, jossa ovat edustettuina kaikki huumausainepolitiikan kannalta tärkeät ministeriöt sekä niiden alaiset virastot ja laitokset.

Toteutetut toimenpiteet ja arvio toimenpiteiden vaikutuksista

Toimenpideohjelmaa on toteutettu vakiinnuttamalla huumausainepolitiikan kansallinen koordinaatio vuosille 2004–2007, tarkistamalla Suomen

huumausainelainsäädäntö yhteensopivaksi yhteisölainsäädännön kanssa, tehostamalla viranomaisten huumausaineiden lähtöaineita koskevaa yhteistyötä, lisäämällä paikallistason sosiaali-, terveys-, opetus-, nuoriso-, poliisi- ja syyttäväviranomaisten yhteistyötä huumeiden käyttäjien syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja hoitoonohjauksen tehostamiseksi, kehittämällä huumeongelmaisten päihdehoitoa, lisäämällä valvontaviranomaisten (poliisi, tullit, rajavartiolaitos) keskinäistä yhteistyötä, lisäämällä päihdehoitoa rikosseuraamusten yhteydessä, vahvistamalla päihdetietoutta koulujen opiskelija- ja oppilashuollossa sekä tukemalla kansalaisjärjestöjen huumetyötä.

Kansainvälisessä yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriö on osallistunut YK:n, EU:n, Euroopan Neuvoston ja Pohjoismaiden ministerineuvoston huumausainepoliittiseen yhteistyöhön sekä lähialueyhteistyöhön. Sen tavoitteena on edistää toimia, jotka ehkäisevät huumausaineiden leviämistä yleisesti ja varsinkin Suomen lähialueilta uhkaavia huumeisiin liittyviä haittoja. Lisäksi on aloitettu valmistautuminen Euroopan Unionin huumausaineyhteistyön johtamiseen puheenjohtajuuskaudella 2006. Yhteistyö on linjattu EU:n huumausainestrategiassa vuosille 2005–2012 sekä EU:n huumeita koskevassa toimenpideohjelmassa vuosille 2005–2008. YK:n tasolla on ajankohtaista huumeiden vastaisen erityisistunnon (UNGASS 1998) tavoitteiden saavuttamisen arviointi vuoteen 2008 mennessä.

Kansallisen huumausainepoliittisen toimenpideohjelman toteutumisesta raportoitiin valtioneuvostolle keväällä 2005. Ohjelman todettiin saavuttaneen tavoitteensa sikäli, että huumeiden vakavimman haitat, kuten hiv-tapaukset, huumekuolemat ja huumausainesairaudet, eivät ole enää lisääntyneet. Huumausainerikokset ja nuorten kokeilukäyttö eivät liioin ole enää viime vuosina kasvaneet. Hoitopalveluihin hakeutuneiden huumausaineiden käyttäjien määrä on edelleen kasvanut, mikä kertoo toisaalta haittojen ilmaantumisesta tietyllä viiveellä, mutta toisaalta myös siitä, että hoitojärjestelmä tavoittaa käyttäjiä entistä tehokkaammin. Tartuntatautien tehokkaan vähenemisen voidaan tulkita johtuvan onnistuneesta terveysneuvontatoiminnasta ja puhtaiden pistosvälineiden vaihdosta.

Viranomaisten keinot vaikuttaa huumausainetilanteeseen ovat rajalliset, ja siksi sen muutoksista ei tule tehdä liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Siihen vaikuttavat kansainväliset huumemarkkinat, nuorisokulttuurit sekä yleinen yhteiskunnallinen ja kansainvälinen kehitys. Sosiaali- ja terveysministeriön käsityksen mukaan olemassa olevilla

välineillä ja hyvällä hallinnonalojen välisellä yhteistyöllä tilannetta voidaan kuitenkin luotettavasti seurata ja pitää se hallinnassa. Seuranta- ja yhteistyövälineiden tulee olla vakiintuneita ja jatkuvasti toimivia, koska huumetilanne voi muuttua nopeasti ja vaatia viranomaisilta ripeitä toimia. Huumausainekysymyksen monimutkaisen luonteen vuoksi huume poliittisten ratkaisujen tulee perustua mahdollisimman vankkaan tutkimustietoon ja asiantuntemukseen.

Huumausainetilanteesta ja huumausainepoliittisen toimenpideohjelman toteutumisesta raportoidaan valtioneuvostolle vuosittain. Ohjelman kaikki toimenpiteet toteutetaan vuoden 2007 loppuun mennessä, minkä jälkeen valtioneuvosto arvioi ohjelman onnistumista ja uusien toimenpiteiden tai uuden ohjelman tarvetta.

Toimintaohjelma lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi 2004–2007

Toimintaohjelma lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi pyrkii sosiaalipoliittisin keinoin hallituskaudelle 2003–2007 asetettuun tavoitteeseen tehostaa puuttumista perheväkivaltaan. Muiden ministeriöiden ohjelmat, sisäisen turvallisuuden ohjelma (luku 5.1) ja kansallinen väkivallan vähentämisohjelma, tukevat toisiaan ja niiden tavoitteet ovat yhdenmukaiset sosiaali- ja terveysministeriön ohjelman kanssa.

Ohjelma jatkaa sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin yhdessä vuosina 1998–2002 toteuttamaa naisiin kohdistuvan väkivallan ja prostituution ehkäisyprojektia. Ohjelma jatkaa jo hyväksi todettujen käytäntöjen edistämistä.

Konkreettisina tavoitteina on (1) ehkäistä väkivaltaa lähisuhteissa ja perheessä ja parantaa koko maan kattavaa sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityispalveluverkostoa väkivallan uhreille ja tekijöille, (2) tehostaa varhaista puuttumista väkivaltaan, erityisesti väkivaltaa näkevien ja kokevien lasten ja nuorten auttamiseksi ja (3) kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammattitaitoa tunnistaa väkivaltatilanteet ja auttaa uhreja ja tekijöitä.

Koko maan kattavalle toiminnalle on luotu pohja lääninhallitusten kehittämisryhmillä, jotka koostuvat alueen sosiaali- ja terveystoimen, ope-
tustoimen, poliisin ja oikeustoimen sekä järjestöjen edustajista. Jokaiseen lääniin on palkattu toimintaohjelman toteutuksesta vastaava koordinaattori. Tavoitteena on, että joka kuntaan tai seutukuntaan nimetään lähisuhde- ja

perheväkivallan yhdyshenkilö. Yhdyshenkilö on jo nimetty Oulun läänissä. Läänin työ pohjautuu alueen kartoituksiin palvelujen kehittämistarpeista. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy pyritään sisällyttämään kaikkien hallinnonalojen ja toimintayksiköiden tavoitteisiin ja työkäytäntöihin sekä kunnan tai seutukunnan turvallisuussuunnitelmiin ja/tai hyvinvointiohjelmiin. Kun väkivallan tunnistaminen, siihen puuttuminen ja sen ehkäisy saadaan osaksi peruspalveluja, kaikilla kansalaisilla on mahdollisuus tarvittaessa saada apua. Peruspalvelujen lisäksi pyritään lisäämään koko maan kattavia erityispalveluja, esimerkiksi turvakotipaikkoja.

Hyvistä käytännöistä on sosiaali- ja terveysministeriö julkaissut opaan *"Kenelle lyönnit kuuluvat. Kuntaopas pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisytyöhön"* kalvosarjoiheen. Opas antaa kunnille käytännön ohjeita siitä, miten väkivallan ehkäisy olisi hyvä järjestää.

Ohjelman kehittämistarpeet

Toimintaohjelman toteuttaminen on koordinoitava valtakunnallisesti, alueellisesti ja paikallisesti. Mittavat tavoitteet edellyttävät koordinoinnin jatkuvan kaikilla tasoilla myös ohjelman päätyttyä, jolloin edistetään toimivien palveluketjujen muodostamista. Toimintaohjelmassa resursseja on varattu läänien koordinoimaan alueelliseen, mutta ei paikalliseen työhön. Paikallisen toiminnan resurssit olisi turvattava esimerkiksi määrittelemällä väkivallan ehkäisy osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä. Tavoitteiden saavuttamiseksi olisi väkivallan ehkäisy koordinoitava myös valtakunnallisesti, ministeriöiden kesken.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyä ja hoitoa ei ohjata erillislailla. Niinpä ei ole määritelty kenen tai keiden vastuulla ongelman hoitaminen on kunnassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon nykyiset palvelut eivät liioin puutu väkivaltaongelmaan. Lisäksi väkivallan uhrit ja tekijät ovat asiakasryhmiä, jotka eivät julkisesti vaadi itselleen juuri tähän ongelmaan liittyviä palveluja.

Palvelujen kehittämiseen liittyy keskeisesti myös seurannan ja arvioinnin kehittäminen. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn tarvitaan kriteerit määrittelemään ne palvelut, joita jokaisen kunnan pitää tarjota. Niitä olisivat seuraavat: akuutti- ja kriisipalvelut, turvakotipaikka, asiaan puuttuminen peruspalveluissa sekä erityispalvelut väkivallan uhreille, näkijöille ja tekijöille. Lisäksi lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn tarvitaan laatukriteerit: mitä resursseja ja osaamista laadukkaan palve-

lun järjestäminen edellyttää. Tällä haavaa lähisuhde- ja perheväkivalta-tapauksia ei tilastoida systemaattisesti, joten puuttuu tietoa siitä, miten paljon lähisuhde- ja perheväkivallan uhrin ja tekijät käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Yhdenmukainen tilastointi tukisi myös palvelujen seurantaa ja työn arviointia.

Ohjelman keskeinen ajatus on lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy peruspalveluissa läpäisyperiaatteella. Sen toteutuminen liittyy kysymykseen, onko peruspalveluissa tarpeeksi osaamista ja resursseja nostaa asia esille. Se vaatii poliittista tahtoa ja priorisointia paikallisella tasolla. Työ vaatii myös erityispalvelujen kehittämistä järjestöjen ja muiden palveluntuottajien kanssa. Sosiaalipäivystyksessä tulisi ottaa huomioon lähisuhde- ja perheväkivallan osapuolten erilainen avuntarve. Erityisesti olisi turvattava väkivallan uhrin sekä lasten ja nuorten turvallisuus. On tärkeää varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaaminen sisällyttämällä väkivallan tuntemusta ja siihen puuttumista jo perusopintoihin. Seurantaa ja tutkimusta tarvitaan lisää muun muassa lähisuhde- ja perheväkivallan kansanterveydellisistä haitoista. Lisäksi yleiseen tietoisuuteen voitaisiin ajoittain vaikuttaa eri ministeriöiden ja järjestöjen yhteisillä väkivallan ehkäisykampanjoilla.

Työtapaturmaohjelma 2001–2005

Ohjelman tausta ja tavoitteet

Valtioneuvoston periaatepäätöksellä toteutettava valtakunnallinen työtapaturmaohjelma 2001–2005 pyrkii alan kansallisella yhteistyöllä nostamaan suomalaisen työturvallisuuden maailman kärkeen. Tavoitteena on saada tapaturmien määrä ja vakavuus jatkuvaan laskuun. Onnistuminen edellyttää turvallisuuskulttuurin parantamista työpaikoilla sekä nolla tapaturmaa -ajattelun soveltamista kaikkialla työelämässä.

Ohjelmassa on kolme tasoa: (1) valtakunnallisten organisaatioiden yhteistyö sekä ohjelman tuki työpaikoille, (2) työpaikkojen omat toimet ja (3) valtakunnallisten organisaatioiden toimet.

Ohjelmasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosasto. Ohjelman toteutuksesta vastaa Työturvallisuuskeskus. Ohjelma toteutetaan kiinteässä yhteistyössä työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen, alan tutkimus- ja rahoittajalaitosten, koulutus- ja tiedotusorganisaatioiden sekä muiden työpaikkojen työturvallisuustoimintaa edistävien tahojen kanssa.

Toteutetut toimet

Ohjelman toimintoja on suunnattu nykyisen työturvallisuustilanteen ja tulevien muutosten kannalta tärkeimmille aloille. Vuonna 2004 ohjelma jatkoi työpaikoille tarkoitetun materiaalin tuottamista ja järjesti seminaareja sekä muita alueellisia ja valtakunnallisia tapahtumia. Lisäksi jatkettiin valtakunnallisia kehittämishankkeita (mm. Nolla tapaturmaa -foorumi, RATUKE-hanke, Metalliteollisuuden työturvallisuuskilpailu). Vuosi 2004 oli ohjelman kolmas. Sen merkittävin toiminto oli valtakunnallinen turvallisuuskampanja *'Kohti turvallista Suomea'*, joka toteutettiin turvallisuusorganisaatioiden yhteistyönä. Kampanjan tavoitteena oli herättää yhteiskunnallista keskustelua turvallisuudesta ja saada aikaan myönteisiä muutoksia kansalaisten turvallisuusasenteissa ja toiminnassa sekä edistää eri organisaatioiden yhteistyötä tapaturmien torjunnassa. Työsuojeluhallinnon työsuojelunäyttely edisti aktiivisesti kampanjan tavoitteita.

Jatkotoimet

Vuosi 2005 oli ohjelman viimeinen, ja sen aikana jatkettiin edellä mainittuja koko ohjelmakauden mittaisia hankkeita ja saatettiin loppuun muut projektit. Lopuksi ohjelma arvioitiin. Se osoitti, että ohjelma oli valmisteltu ja toteutettu hyvin. Ohjelmalla on vaikutettu turvallisuuskulttuurin paranemiseen ja nolla tapaturma -ajattelun yleistymiseen työpaikoilla. Käynnistettyjä hankkeita pidettiin hyödyllisinä. Työtapaturmien määrä on kääntynyt laskuun, joskin työtapaturmaohjelman osuutta siihen on vaikea arvioida. Myönteistä vaikutusta sillä kuitenkin on kehitykseen ollut. Ohjelmassa syntyneet uudet toimintatavat, jotka on käytännössä todettu toimiviksi, siirretään valtakunnalliseen Veto-ohjelmaan.

Valtioneuvoston päätös terveyttä edistävästä liikunnasta

Ohjelman tausta ja tavoitteet

Terveyttä edistävän liikunnan eli terveysliikunnan kehittämisen taustalla on huoli suomalaisten ikääntymisestä ja monien kansansairauksien voimakkaasta lisääntymisestä (ks. alaluku 2.1). Liikunnan myönteiset terveysvaikutukset ovat selvät, mutta silti aikuisista alle puolet liikkuu terveytensä kannalta riittävästi. Lasten ja nuorten aktiivinen liikkuminen jakaantuu voimakkaasti. Vain kolmasosa lapsista liikkuu terveen kasvun kannalta riittävästi. Jopa viidesosa nuorista ei liiku lainkaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö perusti vuonna 2001 terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan, jonka ehdotusten pohjalta Valtioneuvosto teki 18.4.2002 periaatepäätöksen terveysliikunnan kehittämislinjauksista.

Siinä linjataan lähivuosien toimenpiteet. Keskeisinä tavoitteina ovat liian vähän liikkuvien aktivointi kaikissa ikäryhmissä ja liikkumisympäristön kehittäminen. Lasten ja nuorten liikkumisen lisäksi kannetaan erityistä huolta ikäihmisten toimintakyvystä. Kaikissa ikäryhmissä korostetaan arkiliikunnan merkitystä ja liikkumiseen houkuttelevien olosuhteiden luomista. Suomalaisia pyritään saamaan liikkeelle erityisesti työ-, koulu- ja asiointimatkoilla sekä muissa päivittäisissä askareissa.

Toteutetut toimet

Periaatepäätöksen toteuttamista varten perustettiin 1.8.2002 sosiaali- ja terveysministeriön alaisuuteen terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta. Sen teematyöryhmät laativat suunnitelmia periaatepäätöksen ehdotusten toteuttamiseksi. Niiden pohjalta on käynnistetty tutkimus-, koulutus- ja kehittämishankkeita, jotka ovat tuottaneet muun muassa koulutusta, kirjallisuutta, ohjeistoja ja malleja.

Terveysliikunnan rahoituksen vahvistaminen on ollut suuri haaste. Sosiaali- ja terveysministeriö osoitti vuonna 2003 ensimmäistä kertaa erillismäärärahan (300 000 euroa) terveysliikuntaan. Silloin sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö sekä liikenne- ja viestintäministeriö kohdistivat terveysliikuntaan erillismäärärahoja yhteensä noin 1,3 miljoonaa euroa. Siihen on viime vuosina lisätty rahoitusta myös muilta momenteilta. Lisäksi Raha-automaattiyhdistys on osallistunut merkittävästi terveysliikunnan rahoitukseen, etenkin iäkkäiden toimintakyvyn edistämiseen.

Opetusministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, liikenne- ja viestintäministeriö ja ympäristöministeriö ovat tehneet yhteistyötä liikunnan hankkeissa. Tärkeimpiä esimerkkejä siitä on ollut jo vuodesta 1994 valtakunnallinen Kunnossa kaiken ikää -ohjelma, joka aktivoi keski-ikäisiä ja ikäihmisiä säännölliseen liikuntaan.

Verkottuminen on avain liikunnan edistämisessä. Liikunta- ja kansanterveysjärjestöt, seurat, eläkeläisjärjestöt, urheiluopistot, asiantuntijalaitokset, työyhteisöt ynnä muut tekevät yhteistyötä laajalla rintamalla. Asiantuntemus ja verkostot yhdistyvät ja liikuntapalveluja pystytään tarjoamaan monipuolisesti eri väestöryhmille. Esimerkiksi Suomen Ladun verkosto on monipuolisella viestinnällä lisännyt tietoisuutta perheliikunnasta ja kehittänyt aktiivisesti perheliikunnan muotoja ja ohjaajakoulutusta.

Kunnissa liikunta tulisi nykyistä paremmin ymmärtää merkittäväksi keinoksi ehkäistä kansansairauksia. Liikunnan tulisi sisältyä hyvinvointitehtijänä koko kunnan ja sen sektoreiden toimintaohjelmiin. Kuitenkin vasta noin viidesosa kunnista on sisällyttänyt terveystiikunnan hyvinvointiohjelmaansa. Hallinnon eri alojen välinen terveystiikuntaohjelma, kuten kunnan oma liikkumisresepti tai ikääntyneiden terveystiikuntaohjelma, löytyy noin kymmenesosasta kuntia.

Taloudellisten tai henkilöresurssien puute vaikeuttaa monen kunnan terveystiikuntatoimintaa. Myös tietoa kaivataan lisää etenkin pienissä ja keskisuurissa kunnissa. Malleja eri kokoisten kuntien terveystiikunnan kehittämiseen on runsaasti ja uusia saadaan kehittämishankkeista. Parhaimmillaan liikunta tulee osaksi terveys-, liikenne-, sosiaali-, ympäristö-, nuoris- ja koulutuspolitiikkaa sekä maankäytön suunnittelua.

Kaikille kuntalaisille tulisi luoda tasa-arvoiset mahdollisuudet harrastaa liikuntaa. Muun muassa mielenterveyskuntoutujien liikuntahankkeessa on toistakymmentä kokeilukuntaa ympäri maata. Samantyyppinen kehittämishanke on vireillä erityisryhmien liikunnan aseman parantamiseksi kunnissa. Mallintamalla molempien hankkeiden tuloksia maanlaajuisesti yhä useammat pitkäaikaissairaat, liikuntavammaiset ja sosiaalisesti syrjäytyneet pääsevät osalliseksi liikunnasta.

Terveystiikunnan kehittämisessä on kiinnitetty erityistä huomiota lasten ja nuorten liikkumiseen. Nuori Suomi ry:n päivähoidon liikkumiskampanja on osoittautunut menestykseksi, sillä siihen osallistuu vuosittain kymmeniätuhansia lapsia ja päivähoidon työntekijöitä. Kouluissa liikkumisen mahdollisuuksia on lisätty aamu- ja iltapäivätoiminnassa, mutta entistä enemmän tarvitaan liikkumista myös välitunneilla, kerhoissa ja eri oppiaineiden yhteydessä. Koulupihoja on ryhdytty parantamaan, sillä kolmasosa koulupihoista vaatii kunnostamista ja noin puolet kouluista pitää liikuntapaikkojen niukkuutta ongelmana.

Lähiympäristö voi tukea kaikkien ikäryhmien päivittäistä liikuntaa. Vireillä on esimerkiksi puistojen ja vanhainkotien lähiympäristöjen kehittämishankkeita, joista saadaan toimivia esimerkkejä hyödynnettäväksi. Kevyen liikenteen väylien kunto on tärkeää sekä liikunnan harrastamisen että arkiliikunnan kannalta. Liikennesuunnittelijoille on kehitetty kevyen liikenteen väylien esteettömän ja turvallisen liikunnan ohjeisto. Talvija-lankulun turvallisuutta on parannettu tuottamalla jalankulkijoiden keli-tiedottamiseen sopiva malli.

Lisätehoa ikääntyneiden liikuntaan on saatu vuoden 2004 lopussa käynnistetyllä kansallisella Voimaa vanhuuteen -ohjelmalla, jonka avulla lisätään erityisesti kotona asuvien iäkkäiden ihmisten lihasvoimaa parantavaa liikuntaa. Viisivuotisen ohjelman tavoitteena on myös parantaa ikäihmisten voimaharjoittelun mahdollisuuksia ja luoda uusia tapoja iäkkäiden ihmisten terveysliikunnan järjestämiseen ja liikuntakyvyn testaamiseen. Ikääntyneiden liikunnan edistämiseen on saatu merkittävää apua ohjatun terveysliikunnan laatusuosituksista.

Edellä kuvattujen esimerkkien ohella vireillä on hankkeita myös terveysliikunnan koulutuksessa, tutkimuksessa, väestön fyysisen aktiivisuuden seurannassa ja työyhteisöjen terveysliikunnassa. Alan yhteistyön merkitys on sisäistetty sekä valtakunnan tasolla että paikallistasolla, ja terveysliikunnan edistämiseen on saatu rahoitusta. Ihmisten asenteisiin vaikuttaminen ja niiden muuttaminen ei ole helppoa, mutta nykyään yhä useampi suomalainen arvostaa terveyttä edistävää elämäntapaa ja monilla on myös valmiutta elämäntavan muutokseen. Valtakunnantason koordinointi on varmistettu sosiaali- ja terveysministeriössä, kun uusi kolmivuotinen terveysliikunnan neuvottelukunta asetettiin heinäkuussa 2005. Tarkoituksena on jatkaa periaatepäätöksen toteutusta sekä laatia uusia tavoitteita terveysliikunnan kehittämiseksi.

Veto-ohjelma 2003–2007

Ohjelman tavoitteet

Valtakunnallisen Veto-ohjelman tarkoituksena on ylläpitää ja edistää työn ja työelämän vetovoimaa ja pidentää työuraa. Tavoitteet saavutetaan huolehtimalla työntekijöiden turvallisuudesta, terveydestä ja hyvinvoinnista.

Veto-ohjelman kohderyhmänä ovat kaikki työssäkäyvät, erityisesti yli 45-vuotiaat. Ohjelma on nostanut erityisongelmiksi työelämän stressin ja henkisen kuormituksen sekä työterveyshuollon ja kuntoutuksen toimivuuden. Erityistä huomiota on kiinnitetty pienyrityksiin, terveydenhoitoalaan ja sosiaalityöhön sekä yritysten keskiötoon.

Toteutetut toimet ja arviot niiden vaikutuksista

Veto-ohjelman ensimmäinen viestintäkampanja toteutettiin vuoden 2004 marraskuun lopussa teemalla ”Älä ole masokisti!”. Kampanjan keskeinen sisältö tuotettiin verkkosivulla www.klinikka.fi. Yleistiedotuksen lisäksi

toteutettiin suunnattuja kampanjoita mm. yritysjohdolle. Ohjelman verkkosivuilla www.vetoatyolamaan.fi on avattu hyvien käytäntöjen portaali. Ohjelmasta ja sen tavoitteista on lisäksi kerrottu messuilla ja asiantuntijaseminaareissa.

Vuonna 2005 toteutettiin toinen laaja viestintäkampanja. Sen keskeisenä viestinä oli ”Miten otan puheeksi”. Kampanjateemoina ovat myös muun muassa henkinen hyvinvointi, päihteiden käyttö ja epäasiallinen kohtelu työpaikalla.

Joulukuussa 2004 julkaistiin selvitys: ”Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyden syynä – ajatuksia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta”. Selvityksen pohjalta on alettu toteuttaa julkaisussa esitettyjä suosituksia.

Vuosien 2004 ja 2005 aikana käynnistettiin 11 kehittämis- ja/tai tutkimushanketta. Lisätietoja hankkeista löytyy verkkosivuilta www.vetoatyolamaan.fi. Veto-ohjelman ja Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaalialan kehittämishankkeen pohjalta käynnistetään omaa hanketta sosiaalialan henkilöstölle.

Ohjelma on laadittu mukana olevien organisaatioiden kanssa. Keskeiset työmarkkinajärjestöt ovat mukana kaikissa ohjelman toimintaryhmissä. Yhteistyötä on tehty myös eri hallinnon alojen ja ministeriöiden kanssa. Veto-ohjelma on osa hallituksen työllisyysohjelmaa. Tiiviimpää yhteistyötä ja koordinaatiota tehdään Tykes-, Noste- ja Kesto-ohjelmien sekä työeläkelaitosten viestintäorganisaatioiden kanssa. Lisäksi toimenpiteiden yhteensovittamista ja tiedonvaihtoa on toteutettu Valtiokonttorin ja Kuntien eläkevakuutuksen kanssa.

Koulutusta varten on muodostettu laaja konsortio, jossa ovat mukana JTO, Pohto, HAUS, Efektia sekä työ- ja opetusministeriöt. Konsortiossa on suunniteltu koulutuksen organisointia ja opetusmateriaalia. Koulutushanketta koordinoi Työterveyslaitos.

Useimmat ohjelman hankkeet ovat vasta käynnistyneet eikä niiden vaikuttavuutta voida vielä arvioida. Alueseminaarien perusteella voidaan sanoa, että Veto-ohjelma on onnistunut nostamaan julkiseen keskusteluun työurien pituuden ja työelämän laadun. Hankehakemusten perusteella Veto-ohjelmasta tiedetään laajalti työelämän kentällä ja kiinnostus työelämän kehittämiseen työurien pidentämiseksi on poikinnut uusia näkökulmia tutkimukseen ja kehittämiseen.

Viestintäkampanjoiden huomioarvo keskeisessä kohderyhmässä (työelämässä olevat ja yli 45-vuotiaat) oli hieman yli 50 prosenttia kaikissa

medioissa. Klinikka.fi sivujen kävijämäärästä ja palautteesta päätellen viestintäkampanjoiden tavoitteet saavutettiin – osin jopa ylitettiin.

Jatkotoimet

Ohjelmassa keskitytään tärkeimpien hyvien käytäntöjen levittämiseen, hankkeiden tulosten tiedottamiseen ja kouluttamiseen.

Hankeen edetessä on käynyt selväksi, että työelämässä keskeistä on kehittää inhimillisten voimavarojen johtamista. Ihmisten johtamisen kehittäminen vaatii aloitteellisuutta ja joustavuutta koko työyhteisöltä.

Ympäristöterveydenhuollon alueellinen yhteistoimintakokeilu

Yhteistoimintakokeilun toteutus

Kuntien yhteistoiminnan edistäminen ympäristöterveydenhuollossa sisältyi jo vuosille 2000–2003 annettuun sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan. Sen toteuttamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti maa- ja metsätalousministeriön kanssa vuoden 2002 lopussa hankkeen ympäristöterveydenhuollon alueellisen yhteistyön kehittämiseksi. Kokeilun tavoitteeksi asetettiin kuntien yhteistoiminta käytännössä mahdollisimman erityyppisillä alueilla. Molemmat ministeriöt saivat kokeiluun sekä vuosien 2003 että 2004 budjettiin 200 000 euron määrärahan. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2005 talousarviossa on 100 000 euron määräraha kokeilun päättämiseen ja arviointiin.

Vuonna 2003 hankkeeseen ilmoittautui 31 kuntien ja/tai kuntayhtymien muodostamaa aluetta, joista kokeiluun valittiin 12 aluetta (yhteensä 88 kuntaa). Vuonna 2004 kokeiluun ilmoittautui 36 aluetta, joista valittiin 28 aluetta (yhteensä 207 kuntaa). Kahden vuoden aikana 263 kuntaa ja 2,9 miljoonaa asukasta on ilmoittanut halukkuutensa osallistua kokeiluun.

Arviot kokeilusta

Kokeilun arvioinnista vastaa Suomen Kuntaliitto. Ensimmäisen vaiheen arviointi valmistui maaliskuussa 2005 ja toisen vaiheen arviointi valmistuu vuoden 2006 alkupuolella.

Kuntaliiton arvioinnissa kuvataan kaikkien ensimmäisen vaiheen alueiden yhteistyötä ja tarkastellaan yksityiskohtaisemmin ns. case-alueita, joita oli neljä. Raportissa todetaan, että kaikki periaatepäätöksen

kriteerit toteuttava yhteistoiminta on alkanut kolmella seudulla vuoden 2005 aikana. Lisäksi kolmella seudulla valmistellaan keskuskuntamallin mukaista yhteistyöorganisaatiota. Muilla kokeilualueilla suuntaudutaan yksinomaan sopimusperusteiseen yhteistyöhön tai organisointimallia ei ole ratkaistu ja selvitystyötä ja väliaikaisia yhteistoimintakokeiluja jatketaan toistaiseksi.

Arvioinnissa todetaan lisäksi, että valmius hyväksyä yhteistoiminnan organisointia koskevat sopimukset näyttää kypsyvän hitaasti. Kuntien aiemmat yhteistyöjärjestelyt vaikuttavat yhteistyöhalukkuuteen. Osa kokeilualueiden reunakunnista harkitsee yhä suuntautumistaan eri yhteistyöalueisiin.

Arvioinnin perusteella esitetään, että (1) informaatio-ohjausta vahvistetaan, (2) hankerahoitusta jatketaan terävöittämällä sen kannustavuutta ja (3) ympäristöterveydenhuollon alueellista organisoimista koskevaa säädösvalmistelua jatketaan edellä mainittujen kannustinten vahvistamiseksi ja varaudutaan siihen, että yhteistyökokeilun toimenpiteet eivät mahdollisesti tuota periaatepäätöksen kannalta tyydyttävää tulosta.

Sekä I- että II -vaiheen hankkeet ovat lopuillaan. Kokeiluhankkeiden seurauksena vuoden 2005 alusta oli seitsemällä alueella käynnistynyt konkreettinen yhteistoiminta (yhteinen toimielin/isäntäkunta tai kuntayhtymä). Neljällä alueella yhteistoiminnassa on mukana myös ympäristön-suojelu. Lisäksi muutamalla alueella on tehty päätökset yhteistoiminnan aloittamisesta vuoden 2006 alusta. Myös kokeilun ulkopuolisilla alueilla on käynnistynyt kuntien ympäristöterveydenhuollon yhteistoimintaan tähtääviä hankkeita (esimerkiksi verkostokaupunki, Jyväskylä).

Jatkotoimet

Kokeilun tuloksia käytetään hyväksi erityisesti haettaessa ratkaisuja ympäristöterveydenhuollon kehittämistä koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteuttamiseen. Päätöksen mukaan ympäristöterveydenhuolto järjestetään paikallisella tasolla siten, että kuntien vastuulla olevasta valvonnasta vastaa seutuvalvontayksikkö, joita muodostetaan 50–85 kappaletta. Jos seutuyksiköt eivät muodostu koko maahan kolmen vuoden kuluessa, aluerajoista säädetään erikseen.

Lääninhallitukset tekivät vuonna 2005 kokeilun ja kunnista saadun muun informaation pohjalta yhteenvedon periaatepäätösten toteutumisesta vuoden 2007 alkuun mennessä. Lisäksi lääninhallitukset tekivät

ehdotuksen valvontayksiköiden tarkoituksenmukaisesta määrästä alueellaan. Lääninhallituksen arvion mukaan periaatepäätös ei toteudu valtion informaatio-ohjausta vahvistamatta. Toisaalta lääninhallituksen arvio valvontayksiköiden tarkoituksenmukaisesta määrästä (yhteensä 61) vastaa hyvin periaatepäätöstä.

4.3 Haasteet sosiaali- ja terveysministeriön alaisten sektoritutkimuslaitosten näkökulmasta

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla toimii kolme sektoritutkimuslaitosta, joiden ydintoimintoja ovat tutkimus, kehittäminen ja tietovarannot. Sektoritutkimuslaitokset tuottavat ja välittävät sosiaali- ja terveysalan tutkimustietoa lainsäädännön valmisteluun, sosiaali- ja terveyspolitiikan linjaamiseen ja päätöksenteon pohjaksi. Stakes ja Kansanterveyslaitos ovat suoraan sosiaali- ja terveysministeriön osastojen alaisia asiantuntijalaitoksia. Työterveyslaitos on sosiaali- ja terveysministeriön alainen, mutta sitä hallinnoi erillinen sosiaali- ja terveysministeriön, työministeriön ja työmarkkinaorganisaatioiden edustajista koottu johtokunta. Jokaiselle tutkimus- ja asiantuntijalaitokselle on määritetty tutkimuksen omat painoalueet. Seuraavassa kuvataan tarkemmin miten kukin sektoritutkimuslaitos pyrkii omasta näkökulmastaan vastaamaan keskeisiksi nähtyihin sosiaali- ja terveyspoliittisiin haasteisiin.

4.3.1 Terveyden eriarvoisuus

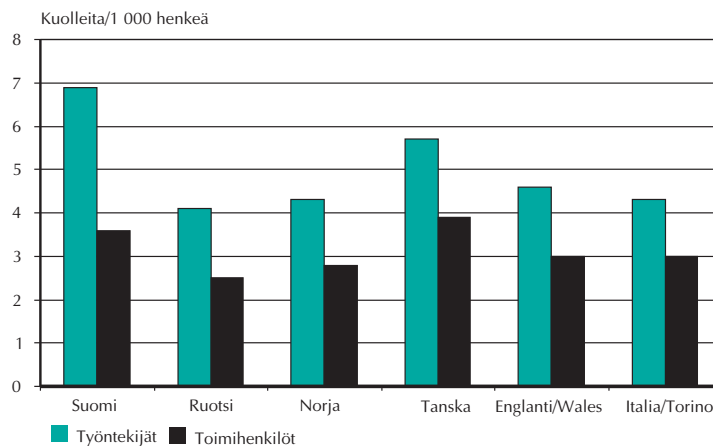
Niin Suomessa kuin kansainvälisestikin terveyspolitiikan kaksi päätaavoitetta ovat jo pitkään olleet väestön mahdollisimman hyvä terveyden taso keskimäärin (tasotavoite) ja väestöryhmien mahdollisimman pienet terveyserot (jakaumatavoite). Terveys 2015 -kansanterveysohjelman (ks. tarkemmin 4.2.3) tavoitteena on kaventaa terveyseroja niin, että sukupuolten, koulutusryhmien ja ammattiryhmien kuolleisuuserot pienentyvät viidenneksen. Ohjelmalla pyritään vähentämään eriarvoisuutta ja parantamaan heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia ja suhteellista asemaa. Suomessa terveyspolitiikka on onnistunut hyvin ensimmäisessä tavoitteessaan: suomalaisten terveys on monien mittapui-

den mukaan kohentunut ripeästi. Sen sijaan terveyserojen kaventamista koskevaa tavoitetta ole viime aikoina lähestytty – joiltain osin kehitys on jopa kulkenut tavoitteesta poispäin.

Terveyspolitiikan haaste

Suomessa erityisiä huolenaiheita ovat sosioekonomisten ryhmien ja siviilisäätyjen suuret ja kasvavat terveys- ja etenkin kuolleisuuserot. Esimerkiksi 35-vuotiaat korkea-asteen tutkinnon suorittaneet miehet elävät 1990-luvun lopun tietojen valossa 6,2 vuotta pitempään kuin enintään perusasteen koulutuksen saaneet miehet. Elinajanodotteen ero on tasaisesti kasvanut 1980-luvun alkupuoliskolta 1,5 vuotta. Naisilla vastaava ero on 3,6 vuotta, noin vuoden suurempi kuin 1980-luvun alussa. Länsieurooppalaisessa vertailussa suomalaisten sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat poikkeuksellisen suuret (kuvio 19). Myös siviilisäätyjen kuolleisuuserot ovat Suomessa jyrkemmät kuin Euroopassa yleensä, ja nekin ovat viime vuosikymmeninä entisestään jyrkentyneet. 1990-luvun lopussa työikäisten suomalaisten kuolemista yli kolmannes olisi vältetty, jos naimattomien, eronneiden ja leskien kuolleisuus olisi ollut yhtä pieni kuin naimisissa olevien; 1970-luvun lopussa vastaava osuus oli vajaa kuudesosa.

KUVIO 19. 30–59-vuotiaiden miesten kuolleisuus (tuhatta henkeä kohti) työntekijä- ja toimihenkilöryhmissä Pohjoismaissa, Englannissa ja Italiassa vuosina 1991–1995



Miksi jakaumatavoitetta ei ole lähestytty, vaikka tasotavoitteen osalta suomalaista terveyspolitiikkaa voidaan pitää menestystarinana? Pääasiallisena syynä on, että elinajanodotteen muutos on hitaampaa alemmissa sosiaaliluokissa. Terveyseroihin johtavat syyt ja syyketjut ovat monimutkaisia ja niihin on usein vaikea suoraan vaikuttaa. Terveyserojen kasvualustana on sosiaalinen eriarvoisuus, jonka taustalla puolestaan vaikuttavat monet yhteiskunnan rakennetekijät ja kansallisten tekijöiden lisäksi yhä enemmän myös kansainväliset prosessit. Viimeaikaiset ja odotettavissa olevat yhteiskunnalliset muutokset, kuten työelämän ja työn laatuvaatimusten nopeat muutokset, pitkittynyt työttömyys, tuloerojen kasvu ja suureneva maahanmuuttajaväestö, saattavat edelleen suurentaa terveyseroja, kun yhä useampi on vaarassa syrjäytyä yhteiskunnasta. Alkoholijuomien saannin helpottuminen ja hintojen lasku ovat lisänneet alkoholinkulutusta. Aiempien kokemusten perusteella sen voi odottaa lisäävän nopeasti etenkin vähän koulutettujen ja työntekijäammateissa toimivien terveyshaittoja. Keskeisten kansantautien vaaratekijät kuten tupakointi ja ylipaino kasautuvat enenevästi vähemmän koulutettujen ryhmiin. Myös terveyspalvelujen saatavuudessa ja hoidoissa eriarvoisuus voi lisääntyä. Käyttöön otetaan uusia, tehokkaampia ja usein myös entistä kalliimpia menetelmiä, ja on vaarana, että rajoitetusti saatavista uusista menetelmistä suurimman hyödyn korjaavat sosioekonomisen hierarkian ylimmät ryhmät.

Terveyserojen kasvu johtunee myös sitä, että tutkimuksen, kehityksen, terveydenedistämiskäytäntöjen ja ylipäättään terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan painopiste on ollut koko väestön keskimääräisen terveyden kohentamisessa. Terveyserojen supistaminen on jäänyt sivummalle. Kuitenkin myös Suomesta on vakuuttavaa näyttöä siitä, että määrätietoisella terveys- ja muulla yhteiskuntapolitiikalla voidaan supistaa väestöryhmien alueellisia terveyseroja: Koillis- ja Lounais-Suomen terveyserot ovat kaventuneet etenkin lasten, mutta myös aikuisten keskuudessa.

Jakaumatavoitteen lähestymiseksi on entistä pontevammin haettava keinoja vähentää terveyseroja. Ne ovat tärkeitä myös tasotavoitteen kannalta. Suomessa ylimpien sosioekonomisten ryhmien terveys on jo kansainvälistä huipputasoa jopa suomalaisten omimmassa terveysongelmassa, sydän- ja verisuonitauksissa. Väestön keskimääräistä terveystasoa voitaneen parhaiten kohentaa pyrkimällä saattamaan muut väestöryhmät sille tasolle, jolla vauraat ja korkeasti koulutetut jo ovat.

Haasteeseen vastaaminen

Terveyden eriarvoisuuden vähentäminen on moniulotteinen strateginen haaste, johon vastaaminen edellyttää merkittävää julkisen vallan panostusta ja monien tahojen toiminnan ja yhteistyön kehittämistä sekä vankkaa tietopohjaa. Suomessa Terveys 2015 -ohjelman edellyttämä kehittämissyö ja yhteistoiminnan muotojen hakeminen on vasta alussa. Terveyseroja koskeva tietopohja on tällä hetkellä Suomessa hajanaisuudesta huolimatta varsin hyvä, mutta myös sen ylläpito edellyttää selkeämpää rakennetta ja julkista panostusta.

Vuodesta 2004 alkaen sosiaali- ja terveysministeriön ja Kansanterveyslaitoksen tulossopimuksessa Kansanterveyslaitoksen on edellytetty lisäävän väestöryhmien terveyserojen tasoittamiseen tähtäävää toimintaa sekä kehittävän ja arvioivan menetelmiä, joilla voidaan edistää terveydeltään epäedullisessa asemassa olevien terveyttä ja tukea kuntia keinojen käyttämisessä. Tehtäviä toteuttaa Kansanterveyslaitoksessa erityisesti sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke TEROKA. Se on Kansanterveyslaitoksen, Stakesin, Työterveyslaitoksen ja useiden muiden toimijoiden yhteinen hanke, jonka tavoitteena on koota tietopohjaa sosioekonomisista terveyseroista ja niiden syistä, nostaa tietoisuutta terveyseroista ja niiden kaventamiskeinoista, tukea terveyserojen kaventamisen käytännön toimintamallien kehittämistä, kehittää terveyserovaikutusten arviointia sekä pohjustaa terveyserojen kaventamiseen tähtäävää kansallista toimintasuunnitelmaa. Hanke on jatkoa Stakesin, Kansanterveyslaitoksen ja Helsingin yliopiston tutkijoiden monivuotiselle yhteistyölle, jonka tuloksena ovat syntyneet perusraportit *Kohti terveyden tasa-arvoa ja Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa* pohjustavat myös nykyistä hanketta. TEROKA jatkaa myös kansainvälistä yhteistyötä muun muassa kartoittamalla muissa maissa kehitettyjä toimintamalleja ja pyrkimällä hyödyntämään niistä saatuja kokemuksia Suomessa.

Tietopohjan kehittämiseksi hanke muun muassa valmistelee raporttia *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2003*. Raportti ilmestyy vuoden 2006 alussa ja se on tarkoitus päivittää määrävälein. Viimeisteltävänä on myös etenkin kunnille ja järjestöille suunnattu tietopaketti terveyseroista ja niiden kaventamisesta.

Vaikuttamisen ja kehittämistoiminnan alueella TEROKA-hanke on kartoittanut ja virittänyt yhteistyötä väestön terveyden edistämishankkei-

den ja toimijoiden kanssa. Pyrkimyksenä on kehittää yhdessä keinoja edistää terveyttä etenkin niissä ryhmissä, joissa terveysongelmia on eniten. Kansanterveysjärjestöjen ja aluehankkeiden kanssa keväällä 2005 järjestetyssä työpajassa haettiin keinoja kaventaa terveyseroja elintapoihin vaikuttamalla. Yhteistyötä Terveyden edistämisen keskuksen, kansalaisjärjestöjen ja aluehankkeiden kanssa jatketaan erityisesti käytäntöä palvelevan tiedon ja kokemuksen kartoittamiseksi ja jakamiseksi. Kunnissa tehtävän terveyserojen kaventamistyön kehittämisessä tärkeimpiä yhteistyökumppaneita ovat Terve kunta -verkoston kunnat. Terveyserojen kaventaminen pyritään saamaan kuntien toimintatavoitteisiin muun muassa hyvinvointikertomusten kautta. Lisäksi kunnissa kartoitetaan toimintatapoja ja kerätään hyviä kokemuksia. TEROKA-hanke pyrkii myös sosiaali- ja terveysministeriön kanssa kehittämään menetelmiä, joiden avulla voidaan tehdä ennakoarvioita hallinnonalojen ratkaisujen vaikutuksista terveyseroihin.

Terveyserojen kaventaminen edellyttää pitkäjänteisiä ja aktiivisia toimia kaikilta niiltä tahoilta, jotka toiminnallaan vaikuttavat väestön terveyteen tai sen edistämiskeinoin. Terveysalan tutkimuslaitosten ja hankkeiden on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota sellaisten menetelmien ja toimintamallien luomiseen, joiden avulla terveyttä voidaan kohentaa huono-osaisissa väestöryhmissä vähintään yhtä paljon kuin väestössä keskimäärin. Palvelujärjestelmästä on pyrittävä karsimaan terveyden eriarvoisuutta kärjistävät piirteet. Lisäksi on tärkeää ennalta arvioida eri hallinnonaloilla tehtävien päätösten vaikutuksia terveyden eriarvoisuuteen ja tarvittaessa muokata päätöksiä näiden arviointien perusteella.

Terveyserojen yleinen vähentäminen on pääministeri Vanhasen hallituksen tavoitteena. Sen toteuttamiseksi on tarpeen laatia laaja terveyseroja kaventava strategia ja sitä konkretisoiva toimintasuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön Kansanterveyden neuvottelukunta on ehdottanut niiden laatimista. Niiden tulisi kattaa monia yhteiskuntapolitiikan aloja ja tasoja. Strategian valmistelussa tulisi esittää yhteiskunta-, talous-, koulutus-, työvoima- ja sosiaalipolitiikan aloilta keinoja, joilla terveyserojen kasvu voitaisiin kääntää kaventumiseksi. Strategia ja toimintasuunnitelma on tarkoitus laatia Kansanterveyden neuvottelukunnassa, jossa on edustettuina useita hallinnonaloja ja tasoja.

4.3.2 Työuran pidentäminen

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman keskeinen tavoite on, että ”työikäisten toiminta- ja työkyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen pidempään ja työstä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin” (ks. 4.2.3). Tavoitteen toteutumisella on suuri merkitys hallituksen työllisyysohjelmalle. Hallituksen tavoitteena on lisätä työllisyyttä 100 000 henkilöllä vuoteen 2007 ja nostaa työllisyysaste (15–64-vuotiaiden työssäkäyvien osuus vastaavanikäisestä väestöstä) 75 prosenttiin vuoteen 2011 mennessä. Työuran pidentämisessä tarvitaan toimia, jotka edistävät sekä nuorten varhaisempaa työllistymistä että ikääntyneiden työntekijöiden myöhäisempää työelämästä poistumista. Pääpaino työuran pidentämisessä on ikääntyneisiin kohdistuvissa hankkeissa, mutta myös nuorten varhaisempaa työllistymistä on syytä edistää.

Toteutetut toimenpiteet

Hallitus on pyrkinyt pidentämään työuraa ja nostamaan työllisyysastetta toteuttamalla vuoden 2005 alusta voimaan tulleen eläkeuudistuksen. (Ks. 3.4.1.)

Työuran pidentämiseksi on käynnistetty myös laajoja kansallisia ohjelmia ja hankkeita. Sosiaali- ja terveysministeriö toteuttaa ministeriöiden, työmarkkina- ja yrittäjäjärjestöjen ja tutkimuslaitosten kanssa valtakunnallista ohjelmaa, jolla vahvistetaan työelämän vetovoimaa ja jatketaan työssäoloaikaa (VETO-ohjelma 2003–2007). Samoihin tavoitteisiin pyritään valtionkonttorin KAIKU-ohjelmalla ja kunta-alan Kuntatyö 2010 -hankkeella. Työministeriön Työelämän kehittämisohjelma (TYKES) tukee työyhteisöjen kehittämishankkeita ja opetusministeriön NOSTE-ohjelma (2003–2007) pyrkii kohottamaan aikuisten koulutustasoa ja sitä kautta pidentämään työuraa. Samansuuntaisia osatavoitteita on esitetty myös useassa muussa valtakunnallisessa strategiassa ja hankkeessa.

Työterveyslaitoksen (TTL) uuden strategian keskeinen tavoite on saada suomalaisten työssäoloaikaa pidennettyä 2–3 vuotta. TTL kehittää ratkaisuja työelämään osallistumisen lisäämiseksi monella tasolla ja monin keinoin. TTL on kehittänyt ikäjohtamisen malleja ja toteuttanut työkyvyn ylläpidon ja edistämisen (tyky) toimintaohjelman. Työyhteisöjen kehittäminen, alan koulutus ja työpaikkojen konsultointi ovat jo vakiintunutta

palvelutoimintaa. VETO-ohjelman osahankkeena TTL on käynnistänyt KESTO-toimintaohjelman (2004–2007). Sen tavoitteena on kehittää käytäntöön soveltuvia toimenpiteitä, joilla voidaan edistää työikäisten terveyttä ja toimintakykyä, lisätä työelämän vetovoimaa ja ehkäistä syrjäytymistä. Toimintaohjelmassa kootaan ja analysoidaan aiheeseen liittyvä työelämän tutkimustieto, laaditaan toimenpide-ehdotukset ja tehostetaan parannusten toteuttamista koulutuksen ja viestinnän keinoin. Ohjelma toteutetaan verkostoyhteistyönä, jossa Suomen keskeiset työelämän tutkimus- ja kehittämisinstituutit ovat mukana.

Työterveyslaitos edistää työssä jaksamista muun muassa ohjelmin Nuoret ja työ, Työn ja muun elämän -tasapaino sekä Työelämän muutokset, joustot ja hyvinvointi työssä. TTL:ssa on kehitetty mm. Koulutuksesta työhön -ryhmämenetelmä, joka tukee valmistuvien nuorten siirtymistä työelämään. Masennuksesta johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden hälyttävää lisääntymistä (noin 4000/v) selvitetään ja kehitetään malleja ja käytäntöjä ongelman ratkaisemiseksi. Uuden strategian toteuttamiseksi TTL:n toimintaa organisoidaan uudelleen tavoitteena vaikuttavuuden lisääminen. Perustetaan muun muassa laaja Hyvät käytännöt -osaamiskeskus, jonka tehtävänä on saada työhyvinvointia ja työssä jatkamista edistävä tieto leviämään ja vaikuttamaan työpaikoilla entistä tehokkaammin. TTL:n verkkosivuilla toimii jo nyt esimerkiksi suosittu menetelmäpakki, josta työpaikat ja työterveyshenkilöstö saavat tietoa työolojen arviointi- ja kehittämismenetelmistä (lähes 200 menetelmää).

Suotuisan työllisyyskehityksen ja toimintaohjelmien ansiosta suomalaisten työura on 2000-luvulla jonkin verran pidentynyt (taulukko 13). Työllisyysaste (15–64-vuotiaat) nousi vuosina 1997–2004 noin 4 prosenttia, mutta ikääntyneiden (55–64-vuotiaat) osalta nousu oli lähes 15 prosenttia. Ikääntyneiden työllisyysasteen kehitys on Suomessa ollut EU-maista nopeinta ja Suomi lähestyy jo 25 EU-maan kärkeä, jossa ovat Ruotsi, Tanska, Englanti, Portugali ja Viro.

TAULUKKO 13. Ikääntyneiden työllisyysasteen (%) kehitys Suomessa

Ikä	2000	2001	2002	2003	2004	2005
55–59-v.	59,3	62,9	65,1	65,6	65,7	64,4
60–64-v.	23,4	25,2	26,1	27,3	29,2	33,5

Lähde: Työvoimatutkimukset 2000–2005

Väestön työnjättöiän odote 50-vuotiailla on vastaavasti noussut lama-ajan pohjalukemista (57,0 vuotta 1994) vajaat kaksi vuotta (58,8 vuotta 2004). Muutos vuodesta 2000 vuoteen 2004 on 0,7 vuotta, kun Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoite on noin 3 vuotta vuoteen 2010 mennessä.

Nykytila ja haasteet

Yksittäisten toimenpiteiden ja hankkeiden vaikutusten arviointi on vaikeaa, sillä monet tekijät ovat samanaikaisesti vaikuttaneet myönteiseen kehitykseen. Niitä ovat muun muassa kansantalouden ja oman talouden kehittyminen, eläkelainsäädäntö, työvoiman terveydentila ja työkyky, sairaiden työssä selviytyminen, koettu työn laatu ja työhyvinvointi sekä työsuhdeturva.

Suotuisa talouskehitys ja työvoiman kasvanut kysyntä helpottavat ikääntyneiden työllistymistä ja vähentävät irtisanomisia, jolloin työllisyysaste paranee ja työurat keskimäärin pidentyvät. Eläkeuudistuksen ikärajojen muutokset ja taloudelliset kannustimet vaikuttavat ikääntyneiden aikomuksiin siirtyä eläkkeelle. Lainmuutoksen takia noin 40 000 alle 65-vuotiaasta henkilöä sai oikeuden siirtyä suoraan eläkkeelle, mutta ensimmäisten seitsemän kuukauden aikana vain noin 9 000 käytti mahdollisuutta hyväkseen. Taloudellisten kannustimien vaikutus työssä jatkamiseen on vielä huonosti ennakoitavissa. Eläke karttuu nykyisin 4,5 prosenttia vuosiansioista 63 vuoden iästä lähtien. Haastattelututkimuksen mukaan vanhemmista palkansaajista vain neljäsosa aikoo siitä syystä jatkaa työntekoa, mikäli terveys sallii.

Koettu terveydentila ja työkyky ennustavat ikääntyneiden työntekijöiden eläkkeelle siirtymistä. Työterveyslaitoksen haastattelututkimusten mukaan työllisten työkykyarvio asteikolla 0–10 on pysynyt vuosina 1997–2003 ennallaan arvossa 8,3–8,4. Ikääntyneiden (55–64-vuotiaat) arviot ovat alhaisempia, mutta niissäkään ei näy merkitsevää nousua tai laskua. Trendiä ei liioin näy kysyttäessä työkyvystä suhteessa työn ruumiillisiin tai henkisiin vaatimuksiin, joskin ikääntyneiden arvio omasta henkisestä työkyvystään on jonkin verran parantunut. Toisaalta taas usko omaan kykyyn jatkaa varmasti terveyden puolesta nykyisessä ammatissa eläkeikään asti on heikentynyt kaikissa ikäluokissa ja lähes kaikilla ammattialoilla sekä erityisesti korkeasti koulutetuilla. Epävarmuuden lisääntyminen voi osittain johtua siitä, että henkilökohtainen eläkeikä ei ole enää yhtä täsmällisesti tiedossa kuin ennen. Tulkintaan viittaa se, että

kysyttäessä työssä jaksamista kahden vuoden aikajänteellä, usko omaan jaksamiseen ei näytä heikentyneen.

Työkykyä ylläpitävää ja edistävää toimintaa (tyky-toimintaa) on työpaikoilla jo kohtalaisen paljon ja työnantajista noin 90 prosenttia kokee siitä saatavan hyödyn erittäin tai melko hyvin kustannuksia vastaavaksi (Tyky-barometri). Vaikka tyky-toimintaa on paljon ja työntekijöiden työssä jaksaminen terveyden puolesta on melko hyvällä tasolla, uusia työkyvyttömyys- ja varhaiseläkkeitä myönnetään vuosittain yksityisellä sektorilla noin 24 000 (vuonna 2003). Määrä on noussut vuodesta 2000 noin 14 prosenttia. Suurimmat työkyvyttömyyttä aiheuttavat sairausryhmät ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet (7 689 vuonna 2003) ja mielenterveyden häiriöt (7 234 vuonna 2003). Huolestuttavin trendi koskee vakavia mielialahäiriöitä eli masennustiloja, joiden aiheuttamien varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on noussut 1980-luvun loppuun verrattuna yli nelinkertaiseksi (3 906 vuonna 2003). Kasvua vuoteen 2000 verrattuna sairausryhmässä on 18 prosenttia. Samansuuntainen kehitys on havaittavissa KELA:n sairauspäivärahatilastoissa. Kehityksen katkaiseminen on tärkeimpiä osatavoitteita suomalaisten työurien pidentämisessä.

Valtaosa ikääntyneistä työntekijöistä kokee kuitenkin työkykynsä hyväksi tai erittäin hyväksi, eivätkä taloudelliset kannustimet ole heille tärkeimpiä syitä harkita eläkkeelle jäämistä. Työllisten työssä jatkamisen ratkaisevat lähinnä työn mielenkiintoisuus, työyhteisön toimivuus, työympäristön turvallisuus ja viihtyisyys sekä varmuus työsuhteen jatkumisesta. Korkean koulutustason tiedetään ennustavan pitkää työuraa, mikä selittyy todennäköisesti sillä, että korkeaa koulutusta vaativat asiantuntijatehtävät ovat keskimääräistä mielenkiintoisempia ja ne tarjoavat henkilökohtaisia kehittymismahdollisuuksia. Tulevaisuudessa asiantuntijatehtävät lisääntyvät. Se pidentänee työuria edellyttäen, että samanaikaisesti huolehditaan siitä, että näille tehtäville tyypilliset palkattomat ylityöt ja muut stressitekijät eivät lisäänty. Työvoiman tarve-ennusteiden mukaan väestön ikääntyessä myös monet hoito- ja sosiaalipalvelualan työt lisääntyvät. Työurien pidentäminen sosiaali- ja terveysalalla edellyttää esimerkiksi työkuormituksen säätelyä ja toimia työn ja perhe-elämän yhteensovittamiseksi.

Työssä pysymistä edistävät työelämän laatutekijät ovat 2000-luvulla kehittyneet pääasiassa myönteiseen suuntaan (taulukko 14). Vaikka suomalaisten työtyytyväisyys on korkealla tasolla ja monet pitävät kehittymismahdollisuuksia työssä hyvinä, esiintyy yleisesti vielä myös kiirettä,

stressioireita ja unettomuutta. Kiire ja stressioireet ovat viime vuosina vähentyneet, mutta univaikeudet ovat lisääntyneet. Syynä ovat todennäköisesti myös työn ulkopuoliset tekijät. Koettu työttömyyden uhka on myös lisääntynyt, vaikka itse työttömyys on jonkin verran vähentynyt. Koetulla työttömyyden uhalla voi olla haitallinen vaikutus ikääntyneiden työssä jatkamiseen, sillä haastattelututkimuksen mukaan yli 45-vuotiaiden mielestä työssä jatkamisen ratkaisee varmuus työpaikan säilymisestä. Ikääntyneiden työhyvinvoinnin edistämiseksi on Työterveyslaitoksella kehitelty jo pitkään ikäjohtamisen mallia, jonka piirteitä ovat vaikkapa hiljaisen tiedon siirto senioreilta junioreille, työn sovittaminen työntekijän ikää ja työkykyä vastaavaksi sekä työn ja muun elämän yhteensovittaminen.

TAULUKKO 14. Työyhteisöjen toimivuus ja koetut oireet (% työllisistä tai palkansaajista)

Työyhteisötekijä tai oire	1997	2000	2003
tyytyväinen työhönsä ^a	84	85	82
hyvät kehittymismahdollisuudet työssä ^b	37	-	40
kiirettä melko usein tai usein ^a	52	45	43
kokee stressioireita ^a	16	14	13
unettomuutta ^a	-	22	24
tekee palkatonta ylityötä ^b	34	-	31
kokee työttömyyden uhkaa ^b	13	-	20

Lähde: ^aTyö- ja terveys -haastattelututkimukset, ^bLehto ja Sutela 2004

5

Muiden hallinnonalojen keskeiset toimenpiteet väestön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi

Suomen perustuslain mukaan valtiovallan on edistettävä terveyttä ja turvattava jokaiselle oikeus terveelliseen ympäristöön. Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Tässä luvussa tarkastellaan näihin velvoitteisiin ja oikeuksiin liittyviä toimia muilla kuin sosiaali- ja terveyssektorilla. Luku pyrkii hahmottelemaan, missä määrin muut sektorit vastaavat peruslain vaatimusten toteutumisesta.

Luvussa esitetään ministeriöittäin tärkeimmät toimet väestön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin osalta. Ne saattavat poiketa huomattavasti hallinnonalan oman toiminnan painopisteistä. Horisontaalisista ohjelmista valittiin esimerkiksi sisäasiainministeriön koordinoima Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Sen keskeiset toimet ovat kiinteästi yhteydessä väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Jos ne eivät kehity suotuisasti, ongelmien seurausvaikutukset ovat nähtävissä sekä sosiaali- ja terveyspalveluissa että turvallisuudentunteen ja yleisen hyvinvoinnin vähenemisenä.

Kuviossa 18 esitetään yhteenveto ministeriöiden vuosien 2002–2005 keskeisimmistä toimista väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Kuvioista ilmenee, että muut sektorit investoivat huomattavasti väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Ministeriöt eivät aina eksplisiit-
tisesti tarkastele toimintojensa terveys- ja hyvinvointivaikutuksia, minkä vuoksi ne saattavat joissakin tapauksissa jäädä huomiotta. Esityksessä on tarkasteltu nimenomaan ministeriöiden toimia väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, ei sitä, mitä ministeriöt eivät ole mahdollisesti tehneet tai miten muut toimet mahdollisesti vaikuttavat väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Sellainen tarkastelu vaatisi yksityiskohtaisempaa toimin-

tojen analysointia ja uusien toimenpiteiden osalta esimerkiksi terveysvaikutusten ennakoarviointimenetelmän hyödyntämistä.

Luvun lopussa (5.3) on kuvattu esimerkkinä sydänterveyttä edistävien toimien moninaisuus. Kuvauksesta käy hyvin ilmi, miten monien hallinnonalojen toiminta pystyy tukemaan yksittäistä terveyden edistämisen tavoitetta.

5.1 Sisäisen turvallisuuden ohjelma

Valtioneuvoston periaatepäätöksen (2004) mukaisen Sisäisen turvallisuuden ohjelman laatimiseen osallistui yhdeksän ministeriötä sisäasiainministeriön koordinoimana. Ohjelman päätavoite on, että Suomi on Euroopan turvallisim maa vuoteen 2015 mennessä. Tavoitteen toteuttamiskeinoja ovat ehkäisevän työn vahvistaminen ja yhteistyön kehittäminen eri sektoreiden välillä. Ohjelmassa on määritelty tavoitteet ja toimenpiteet väkivalta-, huumausaine-, talous- ja uusintarikollisuuden vähentämiseksi, rikosten uhrin aseman parantamiseksi, onnettomuuksien vähentämiseksi sekä rajaturvallisuuden ja tullivalmiuden ylläpitämiseksi. Ohjelmaan on ensimmäistä kertaa koottu aiemmin sektoreittain määritellyt turvallisuustavoitteet ja -toimenpiteet. Turvattomuudentunteella sekä väkivallan ja rikollisuuden kokemuksilla on merkittäviä vaikutuksia kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. Usein seuraukset eivät jää ainoastaan yksilöön, vaan ne kohdistuvat laajempaan ympäristöön, esimerkiksi perheeseen. Inhimillisten kärsimysten lisäksi lieveilmiöistä aiheutuu huomattavia kustannuksia myös sosiaali- ja terveyssektorille.

Seuraavassa taulukossa arvioidaan ohjelman strategisten linjausten toimeenpanon etenemistä. Samalla on arvioitu tuloksia ja niiden vaikuttavuutta myös pitemmällä aikavälillä. Taulukossa on käytetty ns. liikennevaloja (keltainen, punainen, vihreä) kuvaamaan arviota toimeenpanon etenemisestä.

TAULUKKO 15. Yhteenvedo sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpanon tilanteesta (otsikkojen värit kuvaavat arviota toimeenpanon etenemisestä: vaalea vihreä - ei ole toteutunut toivotusti, keskivihreä - toteutunut kohtalaisesti, tumma vihreä - toteutunut hyvin)

RIKOSTEN JA HÄIRIÖIDEN ENNALTA ESTÄMINEN

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Enhäisy ja yhteistyö ovat nousseet esille ja keskusteluun, tietoisuus niiden tärkeydestä on lisääntynyt.	Alkoholin käyttö on lisääntynyt (vuonna 2003 9,4 ja vuonna 2004 10,3 litraa asukasta kohden 100 % alkoholina). Se antaa uusia haasteita ennalta estävälle työlle.	Eteneekö hallinnonalojen välinen yhteistyö? Kattavan sosiaalipäivystyksen luominen vahvistetussa aika-aulussa on suuri haaste. Laajojen ohjelmien toimeenpanon varmistaminen ja yhteensovittaminen on haaste.

VÄKIVALTARIKOLLISUUDEN VÄHENTÄMINEN

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Väkivallan vähentämishjelma on valmistunut ja väkivallan vähentäminen on nostettu laajasti toiminnan painopisteeksi. Henkirikosten määrän kasvu (2003, 103; 2004, 142; 2005 marraskuu, 105) näyttää taittuneen ja kehitys on kääntynyt parempaan suuntaan, mutta jää vuoden 2003 tasosta.	Pahoinpitelyjen määrä on edelleen kasvanut (2003, 28 196; 2004, 29 128; 2005 marraskuu 2 833). Myös poliisin tietoon tulleen perheväkivallan määrä on edelleen lisääntynyt.	Alkoholinkäytön lisääntyminen. Pystytäänkö väkivallan vähentämishjelma toteuttamaan hallitusti ja koordinoidaan hallinnonalojen toimenpiteet? Pystytäänkö hallinnonalat sitouttamaan laajasti väkivallan vähentämistavoitteisiin?

HUUMAUSSAINERIKOLLISUUDEN VÄHENTÄMINEN

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Huumausaineiden käyttö ja huumausainerikollisuus ovat tilastojen perusteella kääntyneet laskuun. Sekä viranomaisten välinen että kansainvälinen yhteistyö on lisääntynyt. Vankien palauttaminen kotimaahansa on käynnistynyt.		Onko hyvä tilanne pysyvä? Huumausainerikollisuus on pääosin piilorikollisuutta, poliisin tietoon tulneiden rikosten määrä ei kerro koko totuutta. "Subutematkailun" estäminen ja sen mahdolliset vaikutukset huumausainetilanteeseen.

TALOUSRIKOLLISUUDEN VÄHENTÄMINEN

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Tulokset ovat parantuneet. Talousrikoksia torjuvien poliisiyksiköiden yhteistyö on parantunut.	Viranomaisten välistä tiedonkulkua parantavien toimien toteutus ei ole edistynyt. Lainsäädännön muutokset eivät ole edenneet.	Tavoitetta ei saavuteta vain poliisin toimenpitein, viranomaisyhteistyötä tarvitaan nykyistä enemmän. Rikoksentekomahdollisuuksien vähentäminen edellyttää lainsäädännön muutoksia.

UUSINTARIKOLLISUUDEN VÄHENTÄMINEN

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Uusi vankeuslaki, jonka keskeisenä tavoitteena on uusintarikollisuuden vähentäminen, tulee voimaan 2006. Vankeinhoitolaitoksen uusi organisaatio tukee tavoitetta.	Vankiluvun jatkuva kasvu ja liian täydet vankilat kuluttavat resursseja ja henkilökuntaa.	Vankeuslain tavoitteena on esittää vankien sijoittamista yhteiskuntaan. Sitä vaikeuttavat kuntasektorin ongelmat.

TERRORISMIN TORJUNTA

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Tilannekuvan seuranta ja arviointi ovat parantuneet. Poliisin terrorismin torjuntasuunnitelma on valmistunut, hallinnonalojen välinen suunnitelma valmisteilla. Poliisilain muutokset parantavat terrorismin torjunnan mahdollisuuksia.	Kemiallisten ja biologisten iskujen torjuntakalusto on puutteellinen.	Turvallisuuden varmistaminen EU-puheenjohtajuuden 2006 aikana, mm. ASEM-kokouksen turvatoimet, ovat pienelle maalle suuri ponnistus.

KIINNIJÄÄMISRISKIN LISÄÄMINEN, RIKOSTEN SELVITYSTASON NOSTAMINEN, RIKOSVASTUUN TOTEUTTAMINEN TEHOKKAASTI JA JOUTUISASTI

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Omaisuusrikosten määrä on vähentynyt ja selvitystaso parantunut.	Talousrikosten pitkät käsittelyajat.	

RIKOKSEN UHRIN ASEMAN PARANTAMINEN

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Rikoksen uhrin asema on Suomessa kansainvälisesti vertaillen hyvä. Uusi rikosvahinkolaki on valmisteltu.		Uudistushankkeet edellyttävät resursseja ja vaarana on, että ne siirtyvät resursseista.

ONNETTOMUUKSIEN ESTÄMINEN JA ENNALTÄ ESTÄVÄN TYÖN TEHOSTAMINEN

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Yhteistyön merkitys onnettomuuksien ehkäisyssä on tiedostettu laajasti. Toimijat tunnistavat riskit aiempaa paremmin. Hätäkeskuspalveluja parannetaan.	Erityisesti koti- ja vapaa-ajan tapaturmien määrille asetetuista tavoitteista ollaan vielä kaukana. Tapaturmakuolemista yli 80 % on koti- ja vapaa-ajan tapaturmia, työtapaturmia 2 % ja liikenneturmia 16%.	Ollaanko valmiita osoittamaan riittävästi resursseja onnettomuuksien ehkäisyyn? Onko työhön löydetty oikeat keinot ja toimijat? Väestön ikärakenteen muutos ja alkoholin käytön lisääntyminen lisäävät onnettomuusriskiä.

LIIKENNETURVALLISUUS

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Nykyinen hallinnonalojen välinen liikenneturvallisuussuunnitelma 2000–2005 on toteutunut suhteellisen hyvin. Yhteistyö liikennevalvonnan kehittämiseksi ja varsinkin automaattivalvonnan toteuttamiseksi on laajentunut. Toiminta tehostuu edelleen, kun rikesakkojen menettely yksinkertaistuu. Pääteiden turvallisuuden parantaminen on aloitettu ministeriryhmän tekemän selvityksen mukaisesti.	Turvallisuustoimien toteuttamisresurssit eivät riitä valtioneuvoston asettamien tavoitteiden saavuttamiseen. Resursseja tarvitaan etenkin päätieverkon turvallisuuden lisäämiseen, liikennevalvontaan ja tiedottamiseen.	Liikenne kasvaa 2–3 % vuodessa, mikä lisää onnettomuustilanteita jatkuvasti. Liikenteen kasvu kohdistuu erityisesti päätieverkkoon ja kasvukeskuksiin. Ikääntyneiden määrä ja ongelmat liikenteessä kasvavat. Rattijuopumus voi pahentua alkoholin käytön kasvaessa. Nuorten turvallisuusongelmiin on edelleen vaikea vaikuttaa.

RAJATURVALLISUUDEN JA TULLIVARMUUDEN YLLÄPITÄMINEN SEKÄ RAJANYLITYSLIIKENTEEN SUJUVUUDEN TURVAAMINEN

RAJATURVALLISUUS

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Partiointi itärajalla lisääntyi vaikka tavoitteeseen ei päästy. Ihmissalakuljetus ja laitton maahantulo eivät lisääntyneet. Rajanylitysluokan sujui pääosin hyvin.	Helsingin sataman rajatarkastuksen henkilöstöpula.	Rajanylityspaikkojen kehittäminen eteni hitaasti. Budjettileikkaus (-1,3 M€) vuonna 2006.

TULLIVARMUUS

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Tavaraliikenne sujui voimakkaasta kasvusta huolimatta joustavasti. Tullin paljastamien rikosten selvitystaso pysyi aiempien vuosien tasolla.	Tupakan salakuljetus on lisääntynyt voimakkaasti.	

TURVAPAIKKAHAKEMUKSET

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Turvapaikkahakemusten käsittelyajat ovat lyhentyneet. Helsingin hallinto-oikeus on saanut lisäresursseja ulkomaalaisasioiden käsittelyyn.	Kielteisen päätöksen saaneiden turvapaikanhakijoiden maastapoistaminen ei ole riittävän tehokasta.	Pystytäänkö hakemusten käsittelyajat pitämään nykyisellä tasolla? Saadaanko päätösten tiedoksiantoa ja niiden täytäntöönpanoa nopeutettua?

YHTEISTYÖN TEHOSTAMINEN

Hyvää	Huonoa	Epävarmuustekijöitä
Useita hankkeita on käynnistetty: turvallisuussuunnittelun kehittäminen, yritysturvallisuussuunnitelman laatinta ja harvaan asuttujen alueiden turvallisuuspalvelut. Yhteistyöllä on hyvät mahdollisuudet onnistua, koska kaikki osapuolet kokevat sen tarpeelliseksi.	Yhteistyön käytännön toteuttaminen on vaikeaa ja vaatii paljon työtä. Toimijoita on paljon, valtio-, kunta- ja julkinen sektori, samoin organisaatiotasojen.	Yhteistyön tulokset tehdään paikallistasolla: saadaanko yhteistyö toimimaan paikallistasolla asetettujen tavoitteiden suuntaisesti?

5.2 Toimet väestön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi ministeriöittäin

5.2.1 Kauppa- ja teollisuusministeriö

Terveys ja hyvinvointi liittyvät selkeimmin elinkeinon kehittämiseen ja kuluttajapolitiikkaan. Elinkeinopolitiikalla säädellään ja muovataan kansalaisten arkielämää. Kauppa- ja teollisuusministeriö (KTM) vaikuttaa kaupan rakenteeseen ja palvelujen saantiin esimerkiksi kilpailulainsäädännöllä, joskin kunnat ja kaavoitus ovat keskeisessä roolissa. Elinkeinopolitiikalla KTM edistää alueiden osaamista ja kykyä hyödyntää tekniikkaa sekä alueiden elinkeinopolitiikan toimijoiden yhteisyyttä ja yrittäjyyttä. Keinoina ovat mm. TE-keskusten toiminta, alueelliset yrittäjyysohjelmat ja alueelliset teknologiastrategiat.

TE-keskukset sosiaali- ja terveydenhuoltoyritysten tukijoina

TE-keskusten yritysosastot ovat myöntäneet terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluyrityksille (TOL 85) investointi- ja kehittämistukea vuonna 2004 noin 930 000 euroa 32 yritykselle ja vuonna 2005 29.11. mennessä noin 1 080 000 euroa 38 yritykselle (ks. myös MMM:n myöntämät tuet alan yrityksille).

TEKES tukee sosiaali- ja terveystalouden teknologian tutkimusta ja kehittämistä

Arjen toimintaa helpottavia teknisiä ratkaisuja (esimerkiksi iäkkäille) ja sosiaali- ja terveydenhuollon tekniikan kehittymistä tukee Teknologian kehittämiskeskus (TEKES). Sen rahoitus sosiaali- ja terveyssektorin tutkimus- ja kehittämishankkeisiin on lisääntynyt viime vuosina selvästi. Vuosina 2002–2003 iWell (Hyvinvointi ja terveys -teknologia) ohjelmasta rahoitettiin tutkimusprojekteja 3,7 milj. eurolla ja yritysten tutkimus- ja tuotekehitysprojekteja 2,6 milj. eurolla. Vuosina 2004–2005 on FinnWell (terveydenhuollon teknologia) ohjelmasta rahoitettu tutkimusprojekteja yhteensä 9,9 milj. eurolla ja tutkimus- ja tuotekehitysprojekteja noin 15,9 milj. eurolla (josta yritysten tutkimus- ja tuotekehitysprojekteihin noin 9,1 milj. euroa sekä ammattikorkeakoulujen ja julkisten palveluntuottajien ja järjestäjien projekteihin noin 6,8 milj. euroa). Lisäksi vuonna 2004 EU:n

rakennerahastotukea myönnettiin FinnWell-ohjelman projekteihin 1,6 milj. euroa (pääosin tutkimuslaitokselle ja yliopistollisille sairaaloille).

Kyläkauppojen investointiavustus edistää haja-asutusalueiden elinvoimaisuutta

Kauppaverkon harventuminen on pidentänyt kauppamatkoja, mikä on ongelma erityisesti haja-asutusalueiden vanhusväestölle. Maaseudun elinvoiman säilyttämiseksi kyläkauppoja tuetaan investointituella vuosina 2004–2006. Tukea voidaan käyttää myös myymäläautojen ja -veneiden investointihankkeisiin. TE-keskusten yritysostot ovat myöntäneet investointitukea vuonna 2004 noin 1,8 milj. euroa 175 yritykselle. Vuonna 2005 tukea myönnettiin noin 1 milj. euroa noin 100 yritykselle.

Kuluttajapoliittinen ohjelma kansalaisen asemaa turvaamassa

KTM:n koordinoimana laadittiin kuluttajapoliittinen ohjelma vuosille 2004–2007. Ohjelman painopistealueet liittyvät monilta osin väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Seuraavassa on esitetty keskeisimmät painopistealueet ja sisällöt:

- taloudellisen turvallisuuden lisääminen: talous- ja velkaneuvonnan toimijoiden yhteistyö, uusien kuluttajariskien tunnistaminen, ylivelkaantumisen ehkäiseminen.
- kuluttajanäkökulman varmistaminen asuntomarkkinoilla: kuluttajien tarpeiden ja ongelmien kartoittaminen ja suunnittelijoiden ja rakennuttajien informoiminen.
- laadukkaiden elintarvikemarkkinoiden edistäminen: tietojen lisääminen turvallisista ja terveellisistä elintarvikkeista, tuotekehitykseen ja tuotevalikoimiin vaikuttaminen, toimivan valvonnan varmistaminen, tuotetietojen ja kuluttajainformaation kehittäminen.
- kuluttajien luottamuksen lisääminen tietoyhteiskunnan palveluihin: tuotteiden ja palveluiden helppokäyttöisyys, sopimusehtojen läpinäkyvyys ja vertailukelpoisuus, teknisten järjestelmien ja apuvälineiden toimivuus, kuluttajansuojan, tietoturvan ja tietosuojan varmistaminen, luottamuksen lisääminen sähköiseen toimintaan.
- kulutuksen ja ympäristövaikutusten tunnistaminen sekä vastuullisen kulutuksen edistäminen: monipuolisen tiedon tarjoaminen, kannustaminen vastuulliseen kulutukseen ja tutkimustiedon tuottaminen.

Suositus lasten elintarvikkeiden markkinointiin

Lasten ja nuorten ylipainon lisääntyminen on herättänyt keskustelua viime vuosina. Kuluttajavirasto ja kuluttaja-asiamies sekä Kansanterveyslaitos ovat laatineet mainostajien ohjenuoraksi suosituksen (2005) Lapset ja elintarvikkeiden markkinointi. Suosituksessa esitellään markkinoinnin pelisääntöjen ohella esimerkkejä markkinaoikeuden ratkaisukäytännöstä ja kuluttaja-asiamiehen valvonnassa esiin tulleista tapauksista.

Laki kulutustavaroiden ja kuluttajapalvelujen turvallisuudesta

Laki kulutustavaroiden ja kuluttajapalvelusten turvallisuudesta tuli voimaan helmikuussa 2004. Lain soveltamisalaa laajennettiin tuoteturvallisuuslakiin verrattuna siten, että laissa elinkeinonharjoittajalle asetettavia velvoitteita ja seuraamuksia voidaan kohdistaa muihinkin kuin liiketoimintaa harjoittaviin palveluntarjoajiin, esimerkiksi kuntiin, yhdistyksiin ja asunto-osakeyhtiöihin, jotka luovuttavat tavaroita ja palveluksia kuluttajiin rinnastettavien henkilöiden käytettäväksi. Tuoteturvallisuuslainsäädännön valvontaviranomaisten ohella voivat myös muut viranomaiset soveltaa lain säännöksiä, jos heidän oman sektorinsa lainsäädännössä ei ole riittäviä valvontakeinoja. Lain nojalla voidaan myös vaarallisten tuotteiden maastavienti kieltää.

5.2.2 Liikenne- ja viestintäministeriö

Ministeriön hallinnonalaan kuuluvat toisaalta muun muassa liikenteen päästöt ja liikenneonnettomuudet, jotka lisäävät terveysriskejä yhteiskunnassa, ja toisaalta esimerkiksi kävelyn ja pyöräilyn edistäminen, mikä kohentaa terveyttä. Liikennepolitiikka vaikuttaa liikenteen kasvuun ja kysynnän kohdentumiseen eri liikennemuotoihin ja sitä kautta edelleen terveyteen ja hyvinvointiin. Siihen vaikuttavat myös muut yhteiskuntapolitiittiset toimet, kuten asunto- ja kaavoituspolitiikka sekä veropolitiikka. Terveysnäkökohtia on integroitu liikennepolitiikkaan kansallista liikennepolitiikkaa kehittämällä ja kansainvälisenä yhteistyönä. Yhdistyneissä Kansainkunnissa on vuodesta 2002 toteutettu niin sanottua yleiseurooppalaista ohjelmaa liikenteestä, ympäristöstä ja terveydestä (PEP), jossa keskeisellä sijalla ovat ympäristön ja terveyden kannalta kestävien liikennemuotojen edistäminen sekä liikenteen ympäristö- ja terveyshaittojen arviointi.

Viestintäpalvelut voivat joko tukea terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistymistä esimerkiksi tietoa välittämällä tai edistää ei-toivotun (epäterveen) toiminnan (lapsipornoverkkosivut) leviämistä.

Meluntorjunta

Ympäristömelun toimintaohjelma valmistui vuonna 2004 ja hiljaisten päällysteiden kehittämisprojekti (HILJA) toteutettiin 2001–2004. HILJA on tukenut hiljaisten päällysteiden tuotekehittelyä, jossa Tiehallinto ja kunnat ovat löytäneet edullisia vaihtoehtoja melusteiden rakentamiselle. Tiehallinnon meluntorjuntainvestoinnit ovat resurssien puutteen vuoksi keskittyneet vain kiireellisimpiin kohteisiin (yli 65 ja 60 dBA melualueet) ja uusien väyläinvestointien meluntorjuntaan. Siksi yleisten teiden melualueilla asuvien määrä ei ole meluntorjuntainvestoinneista huolimatta vähentynyt. Pääkaupunkiseudun raideliikenteen meluntorjuntaohjelman (muun muassa kiskojen hionnan) ansiosta yli 55 dBA rautatieliikenteen melulle altistuvien asukkaiden määrä vähenee vuoteen 2006 mennessä noin 5 000 vuoteen 2001 verrattuna. Samalla kenenkään ei tarvitse asua yli 65 dBA rautatieliikenteen melualueilla. Ilmailulaitoksen ja lentoyhtiöiden meluntorjunnan ansiosta lentoliikennemelulle altistuvien määrä on vähentynyt merkittävästi. Yli 55 dB (Lden) lentoliikennemelualueilla asuvien määrä on kymmenen viime vuoden aikana puolittunut (tällä hetkellä noin 27 000 ihmistä, joista 15 000 asuu siviili-ilmailun lentomelualueilla ja loput sotilasilmailun lentomelualueilla). Myönteinen kehitys on pääosin lentoliikenteen ohjauksen sekä lentokaluston kehityksen ansiota.

Päästöjen torjunta

Pakokaasu- ja hiukkaspäästöt koskevat erityisesti lapsia. Liikenteen pakokaasu- ja hiukkaspäästöjä on vähennetty standardeilla ja sääntelyllä, liikennejärjestelmäsuunnittelulla sekä tutkimus- ja kehittämistoiminnalla, erityisesti pienhiukkastutkimuksella. Ajoneuvoteknologian kehityksen ja tiukentuvien EURO-normien ansiosta kaikki perinteiset pakokaasupäästöt ovat vähentyneet merkittävästi liikenteen kasvusta huolimatta: typen oksidi- ja hiukkaspäästöt ovat puolittuneet, hiilivety- ja häkäpäästöt ovat vähentyneet noin 40 prosenttia vuoden 1990 tasoon verrattuna. Lokakuusta 2004 markkinoilla on ollut ainoastaan rikittämiä polttoaineita.

Liikenneturvallisuuden kehittäminen

Tieliikennekuolemien määrä on vähentynyt 15 prosenttia vuodesta 2001 (433 kuollutta) vuoteen 2005 (370). Määrä pyritään laskemaan alle 250:een vuoteen 2010 mennessä. Kehityksestä huolimatta tavoite on yhä kaukana. Turvallisuuden edistämiseksi on toteutettu Liikenneturvallisuus-suunnitelmaa 2001–2005. Kertomuskaudella on tehty seuraavat kuljettajia ja teillä liikkujia koskevat lainsäädäntömuutokset: kuljettajan matkapuhelimen käyttöä ajon aikana on rajoitettu, huumeiden vaikutuksen alaisena ajaminen on saatettu rattijuopumukseen verrattavaksi rangaistavaksi teoksi, alkoholukokeilu on käynnistetty, toistuvasti tai törkeästi liikennerikoksiin syyllistyneiden ajokielto­säännöksiä on tehostettu, ammattikuljettajille on säädetty turvavyön käyttövelvollisuus, polkupyöräilijälle on säädetty kypärän käyttövelvollisuus ja laajennettu kypäräpakko koskemaan mopon, moottoripyörän ja moottorikelkan matkustajia sekä laajennettu jalankulkijan heijastimen käyttö­säännös koskemaan myös taajama-alueita ja valaistuja teitä. Lisäksi on säädetty lääkäri­lle ilmoitusvelvollisuus kuljettajan ajokykyyn vaikuttavista sairauksista.

Taajamien liikenneturvallisuutta on parannettu alennetuilla ja porrastetuilla nopeusrajoituksilla (erityisesti 30 km/h ja 40 km/h) sekä niitä tukevilla rakenteellisilla ratkaisuilla (esimerkiksi töyssyt ja katujen kaivennukset). Talvi- ja pimeän ajan alennettuja nopeusrajoituksia lisättiin talvikaudella 2004–2005.

Pyöräilyn ja kävelyn edistäminen

Pyöräilyssä ministeriön tavoitteena on ollut toisaalta turvallisuuden parantaminen ja toisaalta pyöräilyn lisääminen liikkumismuotona. Pyörätieverkon pituus on tällä hetkellä noin 15 000 km (kuntien ylläpitämät 10 000 km ja Tiehallinnon 4 700 km). Uusia pyöräteitä on rakennettu noin 100–200 km vuodessa. Pyöräilysuorite on pysynyt suhteellisen tasaisena (noin 6 prosenttia matkoista ja 2 prosenttia henkilöliikennekilometreistä), vaikkakin suoritteessa on huomattavia vuotuisia vaihteluja sään ja mittaustavan mukaan. Pyöräilyn edistämishjelman (2001) tavoite, pyöräilysuoritteen kaksinkertaistaminen vuoteen 2020 mennessä, on vielä kaukana. Merkittävä saavutus on ollut pyöräilykuolemien vähentyminen. Ne ovat vähentyneet 63 prosenttia vuodesta 1990 (103 kuollutta) vuoteen 2005 (38).

JALOIN -tutkimus- ja kehittämisohjelman (2002–2004) avulla pyrittiin nostamaan pyöräilyn ja kävelyn statusta liikennepolitiikassa. Terveysnä-

kökulmasta eräs keskeisimmistä JALOIN -ohjelman hankkeista on ollut yleisohjeen kehittäminen kevyen liikenteen vaikutusten arviointia varten. Hankkeella pyritään vaikuttamaan siihen, että pyöräilyn ja kävelyn investointien kannattavuutta voitaisiin kilpailukykyisesti arvioida suurten väylähankkeiden kanssa. Liikennehankkeiden kannattavuusarviointia varten on liikenne- ja viestintäministeriön hallinnonalalla käytössä ns. yhteiskuntataloudellisten vaikutusten arviointikehikko (YHTALI), jonka avulla kaikki hallinnonalan liikenneinvestoinnit asetetaan kannattavuuden mukaiseen järjestykseen. Ongelmana on tähän asti ollut, että nykyisissä YHTALI -laskelmissa korostuvat suurten väyläinvestointien aikahyödyt ja toisaalta laskelmat eivät ota huomioon pyörä- ja kävelytieverkkoinvestointien terveyshyötyjä. JALOIN -hankkeen tuloksena syntyneessä uudessa yleisohjeessa esitetään, että YHTALI -laskelmiin sisällytettäisiin uusi yksikköarvo (1200 euroa/henkilö/vuosi), jota käytettäisiin, kun arvioidaan pyöräily- ja kävelyhankkeiden terveyshyötyjä.

Liikennejärjestelmä esteettömäksi

Esteettömyysstrategia julkaistiin vuonna 2003 ja sen toteuttamiseksi käynnistettiin kolmevuotinen esteettömän liikkumisen tutkimus- ja kehittämisohjelma (Elsa). Rahoitus on suunnattu tähän asti lähinnä esteettömyyttä edistävään tutkimus- ja kehittämistoimintaan.

Jalankulkuympäristön esteettömyys on edennyt viime vuosina hyvin. Tiehallinto on laatinut vuonna 2002 tiepiireille ohjeen esteettömyyskartoitusten tekemistä varten. Nykyisen liikenneympäristön esteettömyyskorjauksiin ei Tiehallinnossa ole varattu erillisiä määrärahoja. Korjauksia tehdään mahdollisuuksien mukaan muiden toimien osana. Ratahallintokeskus on kartoittanut 175 rautatieaseman esteettömyyden ja laatinut jatkosuunnittelua varten esteettömyystietokannan, jonka aineistoa hyödynnetään asemien saneerauksissa ja erillishankkeina. Ohjelmassa on myös selvitetty, mitä muutoksia liikenneympäristössä tarvitaan ikääntyvien autoilijoiden määrän lisääntyessä ja miten ikääntyvien ihmisten ajokykyä voidaan ylläpitää.

Esteettömät ja turvalliset viestintä- ja tietoyhteiskuntapalvelut

Esteettömien viestintä- ja tietoyhteiskuntapalvelujen toimenpideohjelman toteuttamiseksi on käynnistetty useita ohjelmia ja hankkeita, jotka tukevat väestön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä. Niitä ovat

esimerkiksi hankkeet, joiden avulla pyritään turvaamaan tietoyhteiskuntapalvelut vammaisille käyttäjäryhmille (esim. VETURI eli verkoistuvat tukipalvelut kuulo- ja puhevammaisille, VIRTUOPO eli virtuaalinen, tietoverkossa toimiva opinto- ja uraohjauksen resurssi- ja palvelukeskus viittomakielisille, ETU-projekti, viittomakielen etätulkkauksen verkkoyhteyden välityksellä, Arvid-klusteriohjelmassa pohditaan mm. digi-tv:n uuden tekniikan hyväksikäytön mahdollisuuksia vammaisille).

Internetin lapsipornosivuille pääsyä on ryhdytty estämään syksystä 2005 alkaen. Teleyritykset ovat ryhtyneet asettamaan sivuille estoja poliisilta saamiensa tietojen perusteella.

Vuoden 2006 alussa voimaan tulevalla muutoksella Yleisradio Oy:stä annettuun lakiin lisättiin Yleisradion tehtäviksi tukea suvaitsevaisuutta ja monikulttuurisuutta sekä huolehtia vähemmistö- ja erityisryhmien ohjelmatarjonnasta.

5.2.3 Maa- ja metsätalousministeriö

Maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan toimet painottuvat terveyden näkökulmasta elintarviketurvallisuuden varmistamiseen, tarttuvien tautien ehkäisyyn, torjunta-aineiden ja kemikaalien valvontaan. Sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmasta toimet painottuvat maaseudun monimuotoisuuden edistämiseen ja maaseudun palvelujen turvaamiseen.

Elintarviketurvallisuus

Suomen elintarviketurvallisuus säilyi tavoitteen mukaisesti edelleen korkealla tasolla. Elintarvikkeista välittyneiden tautitapausten määrä on pysynyt entisellään yleisimpien tartunnanaiheuttajien (salmonella, kampylobakteeri, yersinia) osalta (6 500 tapausta vuosittain) ja laskenut vakavien tartunnanaiheuttajien (EHEC, listeria) osalta (45 tapausta vuonna 2004). Salmonellavalvontaohjelma osoitti, että salmonellan esiintyminen tuotantoeläimissä ja elintarvikkeissa on pysynyt asetetulla, alle yhden prosentin tavoitetasolla. Elintarvikkeiden ja rehujen jäämävalvontaohjelma on osoittanut, että eläinlääkkeiden käyttö Suomessa on hallittua ja ympäristösaasteiden määrä suomalaisessa ruuassa alhainen. Itämeren rasvaisten kalojen dioksiinin ja dioksiininkaltaisten PCB-yhdisteiden määrä on edelleen korkea. Kalansyönnistä annettiin suosituksia vuosina 2004 ja 2005, koska terveyttä edistävän vaikutuksen katsotaan olevan ympä-

ristömyrkyistä aiheutuvaa terveyshaittaa merkittävämpi. Elintarvikealan omavalvontavelvoitteen toteutuminen parani hieman. Hygieniaosaamistutkinnon suorittaneiden määrä kasvoi merkittävästi.

Elintarviketurvallisuuteen liittyvää paikallista elintarvikevalvontaa on vahvistettu ja valtakunnallista ohjausta tehostettu, kuten valtioneuvoston periaatepäätös elintarvikevalvonnan kehittämisestä edellyttää. Kokeiluhankkeissa on mukana 28 seutua ja noin 200 kuntaa. Uusia seutuvalvontayksiköitä on käynnistynyt seitsemän, ja 17 seudulla neuvottelut ovat kesken. Lääninhallitusten ja keskusvirastojen keväällä 2005 tekemän arvion mukaan valvontayksiköiden määrä alenisi 130:een vuoden 2006 loppuun mennessä, kun niiden määrä vuonna 2002 oli 274 ja vuoden 2005 alussa 230.

Tarttuvien tautien ehkäisy

Ihmisille vaarallisten zoonoosien (eläimestä ihmiseen tarttuvat taudit) ehkäisyn tehostamiseksi laadittiin Suomen zoonoosistrategia vuosille 2004–2008. Se sisältää yli 70 toimenpidettä, joista suuri osa toteutetaan sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Eläinlääkintä- ja elintarviketutkimuslaitoksen (EELA) työ tukee eläintautien vastustamista sekä turvallisten elintarvikkeiden, eläinten hyvinvoinnin ja terveydenhuollon edistämistä. Tutkimustyö jakaantuu kolmeen tavoitekokonaisuuteen: eläintautien ehkäisy, elintarvikkeiden turvallisuus ja eläimistä ihmisiin tarttuvien tautien hallinta. Neljäs strateginen tutkimusala, riskinarviointi, edistää tavoitteiden saavuttamista. Ajankohtaisia tutkimusaiheita olivat muun muassa eläintautien vastustusohjelmat, eläimistä ihmisiin tarttuvien tautien ehkäisy, riskinarviointimallien kehittäminen, mikrobilääkeresistenssi sekä elintarvikkeiden mikrobiologinen ja kemiallinen turvallisuus.

Ravitsemussuositukset

Maa- ja metsätalousministeriön alainen Valtion ravitsemusneuvottelukunta laati Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005. Ne ovat elintarvike- ja ravitsemuspolitiikan perusta ja tarkoitettu käytettäväksi joukkoruokailun suunnittelussa, ravitsemusopetuksen ja -kasvatuksen perusaineistona sekä ohjeina arvioitaessa ihmisryhmien ruoankäyttöä ja ravintoaineiden saantia esimerkiksi tutkimuksissa tai joukkoruokailussa. Aiempiin suosituksiin (1998) ei ole tehty suuria muutoksia, vaan kyse on lähinnä pienistä tarkennuksista. Täysin uutta suosituksissa on fyysisen aktiivisuuden esittäminen hyvän ruokavalion rinnalla terveyttä edistävänä elintapana.

Maaseudun, erityisesti kotieläintalouden ja elintarviketeollisuuden puhtaan veden saannin turvaaminen

Vesihuoltolaitosten piirissä on suurin osa suomalaisista. Liittymisasteeseen vaikuttavat verkostojen laajuuden lisäksi rakenteelliset seikat, kuten muuttoliike harvaan asutuilta alueilta taajamiin Itä- ja Pohjois-Suomessa sekä kasvualueiden muuttoliike keskuksista haja-asutusalueille. Vesihuollon tukilainsäädännön uudistuksessa painotettiin valtion tuen suuntaamista vesihuollon alueyhteistyöhön, erityistilanteisiin varautumiseen sekä maaseutuyhdyskuntien ja haja-asutusalueiden vesihuollon edistämiseen. Lain linjaukset edistävät siten hyvin myös kotieläintalouden ja elintarviketeollisuuden puhtaan vedensaannin turvaamista. Vuonna 2005 saatiin hyvälaatuisen ja riittävän talousveden sekä jätevesien asianmukaisen käsittelyn piiriin runsaat 4 200 maaseudun taloutta. Tuettavien hankkeiden valinnassa painotettiin niitä, joihin sisältyi myös viemäröinti.

Maaseudun elinvoimaisuus

Väestön väheneminen maaseutualueilla on hidastunut. Keskittyminen kaupunkiseuduille ja niiden läheiselle maaseudulle ja syrjäkyliltä paikallisiin keskuksiin on jatkunut, mutta sekin muutos on hidastunut. Vaikka maaseudun kehittämiseen osallistuvat useat muutkin hallinnonalat, maa- ja metsätalousministeriön tukitoimet ovat runsaimmat. Tärkeimpiä keinoja ovat elinkeinorakenteen monipuolistaminen ja työllisyyden ylläpitäminen. Maaseudun kehittämisohjelmissa toteutettiin vuonna 2004 yhteensä 2 145 yrityshanketta. Niihin oli vuonna 2004 sidottu noin 14 prosenttia enemmän varoja kuin keskimäärin vuosina 2001–2003. Ohjelmakausiin liittyy lainalaisuus: kehittämishankkeet painottuvat alkupuolella ja yrityshankkeet jälkipuoliskolla. Maaseudun kehittämistoimin arvioidaan kuluvalle ohjelmakaudella luotavan yli 27 000 uutta tai korvaavaa työpaikkaa. Tähän mennessä uusia ja projektinaikaisia työpaikkoja on syntynyt yhteensä 14 983 kappaletta. Työpaikkojen määrä kasvaa, kun yrityshankkeet lisääntyvät. Hallitusohjelman mukainen neljäs maaseutupoliittinen kokonaisohjelma valmistui vuoden 2004 syksyllä. Valtioneuvosto hyväksyi sen pohjalta laaditun maaseutupoliittisen erityisohjelman vuosille 2005–2006. Ohjelmissa on lukuisia esityksiä maaseudun palvelujen turvaamiseksi ja asumisen edellytysten kohentamiseksi. Maaseudun kehittämishankkeita ja yritysinvestointeja tuettiin talousarviosta noin 132,9 miljoonalla eurolla eli samantasoisesti kuin edellisvuonna.

5.2.4 Oikeusministeriö

Oikeusministeriö vastaa kansalaisyhteiskunnan perustehtävistä, demokratian ja oikeuden toteutumisesta sekä luo edellytyksiä tehokkaalle rikosentorjunnalle. Kansalaisten vaikuttamismahdollisuuksia omaan ympäristöönsä pidetään terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen perusedellytyksenä. Kertomuskaudella vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseen on kiinnitetty erityistä huomiota kansalaisvaikuttamisen politiikkaohjelmalla. Väkivallan vastaisella ohjelmalla, vankeuslakien uudistuksella ja velkajärjestelyjen kehittämisellä on puolestaan pyritty vähentämään yhteiskunnan lieveilmiöitä, kuten väkivaltaa, syrjäytymistä ja harmaata taloutta.

Vankeuslakien uudistukset

Vankeuteen liittyviä lakeja on uudistettu viime vuosina merkittävästi. Uusi lainsäädäntö tulee voimaan 1.10.2006. Uudistusten päätarkoituksena on ollut vankeuden suunnitelmallinen ja turvallinen täytäntöönpano sekä uusintarikollisuuden vähentämien. Vankeusrangaistus merkitsee nuorille vakavaa syrjäytymisuhkaa, minkä vuoksi nuorten vankien yhteiskuntaan integroitumiseksi on toteutettu useita toimenpiteitä. Alle 21-vuotiaina rikoksensa tehneet ensikertalaiset pääsevät ehdonalaiseen vapauteen suoritettuaan yhden kolmasosan rangaistuksestaan ja uusijat, kun puolet on suoritettu. Ehdonalaisesti vapautuneet nuorisovangit asetetaan pääsääntöisesti valvontaan.

Myös aikuisten vankien yhteiskuntaan integroitumista on edistetty. Vanki voidaan sijoittaa vankilan ulkopuolelle valvottuun koevapauteen aikaisintaan kuusi kuukautta ennen ehdonalaista vapauttamista. Kaikille vangeille tehdään rangaistusajan suunnitelma, joka kattaa sekä vankilassa oloajan että ehdonalaisen vapauden. Suunnitelmaa laadittaessa arvioidaan vangin riskit syyllistyä uusiin rikoksiin ja pyritään etsimään keinoja niiden vähentämiseksi. Suunnitelma sisältää myös valvonta- ja vapauttamissuunnitelmat. Tavoitteena on vahvistaa viranomaisten yhteistyötä uusintarikollisuuden ehkäisemiseksi ja yhteiskuntaan integroitumiseksi.

Vankien palkkausjärjestelmä uudistetaan nykyistä kannustavammaksi. Säännöllisestä osallistumisesta työhön, koulutukseen, toimintaohjelmiin tai muuhun vastaavaan toimintaan maksetaan yhtä suuri korvaus. Toimintoihin osallistuminen edistää integroitumista yhteiskuntaan ja vähentää uusintarikollisuutta.

Vankien terveydenhuollon kehittäminen

Vankilan terveydenhuollon tehtäviin kuuluu samantasoisien lääketieteellisen hoidon antaminen kuin potilas saisi vapaudessakin. Vankeusaikana vankila vastaa kaikista palvelun tuottamiskustannuksista, myös silloin kun palvelu ostetaan kunnan tai kuntayhtymän terveydenhuollon yksiköltä. Monet rikosseuraamusten kohteena olevat henkilöt kuluttavat elämänsä aikana runsaasti terveysterveyspalveluita. Toisaalta jotkut heistä voivat olla lähes kokonaan terveysterveyspalvelujen piiristä syrjäytyneitä ja oman terveytensä suhteen riskikäyttäytyjiä. Vankeusrangaistuksenaikaiset terveysterveyspalvelut ovat näiden henkilöiden ulottuvilla välittömämmin kuin vapaudessa, ja silloin on myös tilaisuus hoitaa sellaisia terveyteen liittyviä asioita, jotka ennen rangaistusaikaa ovat jääneet hoitamatta. Parhaillaan käynnissä oleva vankien terveystutkimus antaa tietoa vankien nykyisestä terveydentilasta. Terveystutkimuksen yhteydessä tarkastellaan myös rikoksentehtäjäiden riskikäyttäytymistä.

Vankeinhoitolaitoksen terveydenhuoltomenojen kasvu on ollut viime vuosina merkittävä. Toimintamäärärahat ovat kuitenkin vähentyneet, kun otetaan huomioon vankimäärän kasvu. Terveydenhuollon ongelmaksi on nähty vaikeudet rekrytoida lääkäreitä työskentelemään vankiloissa.

Väkivallan vastainen ohjelma

Runsas henkirikollisuus on tärkein piirre, joka erottaa suomalaisten väkivallan Länsi-Euroopan maista tai muista pohjoismaista. Väkivalta ei parinkymmenen viime vuoden aikana näyttäisi yleisesti lisääntyneen. Henkirikollisuus on pitkään pysynyt suhteellisen vakaana. Poliisin tietoon tulee vuosittain noin 140 henkirikosta. Niitä tehdään Suomessa vuosittain asukasta kohti noin kaksinkertainen määrä Euroopan unionin jäsenmaiden keskiarvoon verrattuna. Tilastoitu pahoinpitelyrikollisuus on lisääntynyt 10 viime vuoden aikana. Pahoinpitelyrikollisuuden kasvuun ovat vaikuttaneet tunnusmerkistöihin ja syyteoikeuteen tehdyt muutokset. Osittain kasvu on aiheutunut myös ilmoitusalttiuden herkistymisestä ja alkoholin kulutuksen kasvusta.

Väkivaltaohjelman tavoitteena on saada aikaan johdonmukainen lasku väkivaltaa kokeneiden väestönosuuksissa kaikilla väkivallan osaluilla ja väkivaltaisuutta ennustavissa vaaratehtäjäissä. Erityisesti pyritään vähentämään väkivallan vakavia seurauksia. Tavoitteena on puolittaa väkivaltakuolemat nykyisestään ja naisten väkivaltakuolemat jo lähivu-

sien kuluessa. Niin ikään pyritään vähentämään erityisesti sairaalahoitoa vaativaa ja sellaista väkivaltaa, joka esimerkiksi toistuessaan tai kerrannaisvaikutuksiltaan on seurauksiltaan vakavaa.

Ohjelma on tarkoitettu kansallisen rikosentorjuntaohjelman ja sisäisen turvallisuuden ohjelman rinnalle siten, että väkivallan ehkäisy otettaisiin huomioon kaikessa laaja-alaiseen turvallisuuskäsitteeseen perustuvassa paikallisessa turvallisuussuunnittelussa. On arvioitu, että väkivallasta aiheutuu vähintään 0,85 miljardin euron kustannukset vuodessa.

Kansalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistäminen

Oikeusministeriön koordinoimassa kansalaisvaikuttamisen politiikkaohjelmassa pyritään vahvistamaan edustuksellisen demokratian toimivuutta ja aktivoimaan kansalaisia yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. Erityistä huomiota kiinnitetään niihin ryhmiin, joiden vaikuttamisen ja osallistumisen taso on matala. Ohjelman tavoitteena on lisätä kansalaisten osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia sekä kiinnostusta osallistua valtiollisen, kunnallisen ja eurooppalaisen demokratian toteuttamiseen. Suomalaista yhteiskuntaa ja oikeusjärjestystä kehitetään ja ylläpidetään siten, että ihmiset voivat luottaa perus- ja ihmisoikeuksiensa toteutumiseen.

Velkahallinnan uudistuksilla edistetään taloudellisessa ahdingossa olevien tilannetta

Velkajärjestelyä koskevien lainmuutosten tavoitteena on toimiva maksuhäiriöpolitiikka, jolla voidaan ehkäistä sosiaalista ja taloudellista syrjäytymistä ja vastustaa harmaata taloutta. Velkaantumisen kasvu lisää riskejä ylivelkaantumiseen, mutta huomattava osa tämän päivän ongelmista on vielä peräisin 1990-luvun lamavuosilta. Uudistukset ovat koskeneet velkojen vanhentumista, viivästyskorkosäännöksiä ja ulosottoa.

5.2.5 Opetusministeriö

Opetusministeriön hallinnonalan keskeiset toimet koulutus-, liikunta-, kulttuuri- ja nuorisotyö edistävät huomattavasti väestön terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia. Koulutus on merkittävä terveyden eriarvoisuutta selittävä tekijä ja liian vähäinen liikunta on monen tärkeän kansansairauden vaaratekijä. Liikunta- ja kulttuuritoiminta (mukaan lukien kirjastopalvelut) ovat

sosiaalisen hyvinvoinnin tekijöitä, jotka tarjoavat väestölle mahdollisuuksia toteuttaa itseään, rakentaa yhteisöllisyyden tunnetta sekä mahdollisuuksia edistää virkistymistä ja jaksamista. Nuorisotyöllä pyritään estämään nuorten syrjäytymistä ja ei-toivottua käyttäytymistä muun muassa järjestämällä toimintaa sekä kehittämällä koulutus- ja työmahdollisuuksia.

Koulutuksesta terveyden eriarvoisuutta määrittävänä tekijänä on vakuuttavaa näyttöä. Koulutuksen avulla pyritään ehkäisemään ennen kaikkea syrjäytymistä ja edistämään yhteiskuntaan integroitumista. Se on tiedostettu ministeriössä viime vuosina yhä paremmin, minkä vuoksi on ryhdytty moniin toimiin syrjäytymisen ehkäisemiseksi.

Perusopetuksen erityisopetuksen kehittäminen

Perusopetuksessa olevien lasten ja nuorten hyvinvointi ja koulutyytyväisyys on viime vuosina ollut aktiivisesti esillä. Kouluhuvinvointityöryhmä totesi muistiossaan (2005), että kouluyhteisön päivittäinen arki sisältää tekijöitä, jotka voivat vahvistaa tai heikentää lasten hyvinvointia. Työryhmän ehdotusten toimeenpano alkaa vuonna 2006.

Perusopetuksen erityisopetuksen laadun parantamiseksi ja integraation edistämiseksi on vuonna 2005 käynnistetty seuraavat neljä hanketta:

- Seutupalvelujen kehittämishanke (Alpo) integraatiomalleista, joihin sisältyy yleis- ja erityisopetuksen yhteistyö sekä kunta- ja hallinto-rajat ylittävä toiminta
- Sairaalakouluhanke
- Uraa uurtamaan -hanke, joka käynnistää ammattihenkilöstölle suunnatun koulutuskokonaisuuden nuorten koulutuksellisen syrjäytymisen ehkäisemiseksi
- Erilaiset oppijat -hanke, joka etsii keinoja kaventaa oppilaiden ja opiskelijoiden sekä oppilasryhmien oppimiseroja.

Terveystiedosta uusi oppiaine

Terveystieto määrättiin perusopetuksen uudeksi oppiaineeksi joulukuussa 2001 ja tammikuussa 2004 vahvistettiin perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet, joiden pohjalta laadittu opetussuunnitelma on otettava käyttöön syksyyn 2006 mennessä. Terveystietoa on opetettu kouluissa syksystä 2004 alkaen. Vuosiluokilla 1–4 terveystietoa opetetaan ympäristö- ja luonnontiedon aineryhmässä, luokilla 5–6 integroituna biologian ja maantiedon, fysiikan ja kemian opetukseen sekä luokilla 7–9 omana

oppiaineenaan. Perusteet velvoittavat paikallisesti laadittavan opetussuunnitelman tekemistä. Sen tulee sisältää oppilashuollon suunnitelma, joka tulee laatia kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa, sekä suunnitelma häirinnän, kiusaamisen ja väkivallan estämiseksi.

Lukion tuntijakoon tuli yksi pakollinen terveystiedon kurssi ja kaksi valinnaista syventävää kurssia (2002). Kevästä 2007 lähtien terveystieto on yksi ylioppilastutkintoon kuuluvista reaaliaineen kokeista. Ammatillisessa peruskoulutuksessa on kaikille yhteinen yhden opintoviikon kurssi.

Koulupudokkaiden aktivoiminen

Koulupudokkaita ovat nuoret, jotka ovat vaarassa jäädä ilman peruskoulun päättötodistusta tai jotka eivät perusopetuksen jälkeen hakeudu koulutukseen tai ovat vaarassa keskeyttää toisen asteen koulutuksen heti. Heidän aktivoimisekseen valmistauduttiin käynnistämään hanke vuoden 2006 alusta. Toimintaan osallistuu 26 kuntaa tai seutukuntaa eri puolilla Suomea.

Koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminta vakiinnutettiin

Koululaisten aamu- ja iltapäivätoimintaa on kehitetty vuodesta 1998 alkaen ja se vakiinnutettiin lainsäädännöllä vuonna 2004. Vuosina 2002–2005 iltapäivätoimintaan on osallistunut noin 40 000 lasta vuosittain. Perusopetuslain mukaista toimintaa järjestää tällä hetkellä 379 kuntaa, jotka saavat valtionosuutta 57 prosenttia käyttökustannuksista. Toimintaan osallistuminen maksaa vanhemmille keskimäärin 60–80 euroa/kk.

Ammatti- ja korkeakoulutus

Korkeakoulu- ja ammattioppilaitosten opiskelijoiden hyvinvointia on viime vuosina selvitetty sekä valtakunnallisesti että alueellisesti. Useissa selvityksissä käy ilmi, että opiskelijoiden mielenterveyshäiriöt ja oppimisyynnä muut vaikeudet ovat lisääntyneet. Se näkyy esimerkiksi opiskelun keskeyttämisenä tai opiskeluajan pitkittymisenä.

Ammattikoulutuksen keskeyttäminen on viime vuosina vähentynyt tasaisesti. Vuonna 2003 toisen asteen ammatillisen peruskoulutuksen opiskelijoista lähes 11,5 prosenttia (noin 13 100) keskeytti opintonsa kokonaan. Osa siirtyi kuitenkin opiskelemaan muille sektoreille, jolloin niitä opiskelijoita, jotka siirtyivät kokonaan pois koulutusjärjestelmästä, oli reilut 10 prosenttia (noin 11 600).

Ammattioppilaitoksissa on järjestetty kokeiluja ja projekteja (kuten opintojenohjaus, erityisopetuksen kehittäminen, Nuorten osallisuushanke, innopajatoiminta), joilla on etsitty uusia tapoja edistää opintoja, puuttua vaikeuksiin ennalta ja vähentää keskeyttämistä sekä parantaa sijoittumista työelämään. Myös muut ammattikoulutuksen viime vuosien keskeiset kehittämishankkeet, kuten työssäoppimisen vakiinnuttaminen ja ammat-tiosaamisen näyttöjen käyttöönotto, tukevat opintojen suorittamista loppuun. Nivelvaiheen kehittäminen ja vuonna 2006 käynnistytyn ammatilliseen peruskoulutukseen ohjaavan ja valmistavan koulutuksen tavoitteena on tukea perusopetuksen päättäviä nuoria, joilla ei vielä ole riittäviä valmiuksia hakeutua ammattikoulutukseen tai päättää koulutusalaan ja jotka siitä syystä ovat vaarassa jäädä kokonaan koulutuksen ulkopuolelle ja syrjäytyä.

Ikäntyneiden yliopisto

Ikäihmisten yliopistotoiminnan tavoitteena on välittää ajankohtaista tutkimustietoa, tarjota tiedon ja elämäkokemuksen kohtaamismahdollisuuksia ja tilaisuus omaehtoiseen yliopisto-opiskeluun tähtäämättä muodollisiin suorituksiin. Opetusta järjestää yhdeksän yliopistoa noin 50 paikkakunnalla. Ikäihmisten yliopistoihin osallistui vuonna 2004 noin 14 500 henkilöä, joista naisia noin 11 500. Osallistujamäärä on selvässä kasvussa, se oli vuonna 2000 noin 9 500.

Nuorisotyöllä tukea nuorten työttömyyteen ja ehkäisevään päihde- ja huumetyöhön

Nuorten työpajatoiminta on nuorisoyksikön toiminnan yksi painopiste. Työpajat auttavat nuoria työhön tai jatko-opintoihin sekä ratkaisemaan sosiaalisia ja terveysongelmia (peruskoulun päättäneet työttömät nuoret). Vuosina 2002–2005 työpajatoimintaa oli 220 paikkakunnalla ja sitä tuettiin vuonna 2005 2 miljoonalla eurolla kansallisista varoista ja nuorisotoimen kautta 3,6 miljoonalla eurolla Euroopan unionin sosiaalirahaston varoista. Työpajojen piirissä on vuosittain noin 7000 nuorta. Yhteisövalmentajatoiminta on kuulunut nuorten työpajojen toimintaan vuodesta 2002. Sen avulla parannetaan nuorten työpajojen valmiuksia hoitaa päihde- ja huumekysymyksiä. Kahden viime vuoden aikana on koulutettu noin 50 pajan henkilöstöä.

Hallituksen huumausainepoliittinen toimenpideohjelman ja Alkoholi-ohjelman vuosien 2004–2007 tavoitteiden toteuttamiseksi järjestöjen

ja muiden yhteisöjen ehkäisevää työtä (päihde ja huume) on tuettu opetusministeriöstä erillisellä määrärahalla vuosina 2004–2005 yhteensä 1,5 miljoonalla eurolla.

Suomen Avartti-toiminnasta vastaava ministeriön nuorisoyksikkö sai Avartin täysjäsenyyden vuonna 2003. Toiminnalla pyritään lisäämään nuorten tavoitteellista harrastustoimintaa ja sen on todettu tehoavan niin sanottuihin ongelmanuoriin. Periaatteessa toiminnan piirissä ovat kaikki nuoret. Avartti-toimintaa on 58 paikkakunnalla ja toimintaan on hankittu 61 lisenssiä. Kaikkiaan Avartti-toimintaan on osallistunut noin 900 nuorta vuodessa. Tukea toimintaan on myönnetty noin 150 000 euroa kansalliseen toimintaan ja noin 150 000 euroa kansainväliseen yhteistyöhön, etupäässä Luoteis-Venäjällä.

Liikuntapaikkarakentamisavustukset lähiliikuntaedellytysten luomiseen

Liikuntapaikkojen rakentamisavustuksilla on tuettu uimahallien peruskorjausta ja lähiliikuntaedellytysten luomista ottamalla huomioon erityisesti lasten ja nuorten sekä terveyttä edistävän liikunnan olojen kehittäminen. Avustusten määrä on vuosina 2002–2005 vaihdellut 13,6 miljoonasta 18 miljoonaan euroon.

Lasten ja nuorten liikkumismahdollisuuksien edistäminen

Lasten ja nuorten liikuntaohjelmassa on edistetty liikkumismahdollisuuksia tukemalla liikuntailtapäiväkerhoja ja seuratoiminnan paikallisia hankkeita (alle 13-vuotiaiden seuratoiminnan laadun kehittäminen ja 13–19-vuotiaiden harrasteryhmien perustaminen). Iltpäiväkerhotoimintaan myönnettiin vuosina 2002–2004 yhteensä noin 1,85 miljoonaa euroa. Lisäksi lasten ja nuorten seuratoiminnan kehittämiseen myönnettiin vuosittain 0,4 miljoonaa euroa. Liikuntaohjelmaan on osallistunut vuosittain noin 65 000 lasta ja nuorta.

Terveysliikunnan tukeminen

Valtioneuvoston asettaman terveysliikunnan neuvottelukunnan (ks. luku 4.2.5) työtä opetusministeriö on tukenut rahoittamalla neuvottelukunnan hankkeita 1,9 miljoonalla eurolla. Opetusministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön yhteistä terveysliikuntaohjelmaa ”Kunnossa kaiken ikää (KKI)”, on tuettu noin 1,25 miljoonalla eurolla vuosittain. Liikuntajärjes-

töjen terveystoimintaa alueella on vahvistettu KKI-ohjelmalla. Jokaiselle Suomen Liikunnan ja Urheilun 15 alueelle on saatu terveystoiminnasta vastaava työntekijä.

Kirjasto, taide ja kulttuuri syrjäytymisen ehkäisijänä

Kirjastopalvelujen tavoitteena on muun muassa ehkäistä syrjäytymistä, vähentää eriarvoisuutta ja lisätä sosiaalista kanssakäymistä. Palvelujen esteettömyyteen ja tasa-arvoiseen saavutettavuuteen on kiinnitetty erityistä huomiota kirjastoautoverkostolla sekä tilojen suunnittelulla. Kirjastojen käyttökustannusten valtionosuus on osa opetus- ja kulttuuritoimen valtionosuusjärjestelmää. Kirjastojen asukaskohtainen yksikköhinta on noussut 8,5 prosenttia vuodesta 2002 vuoteen 2005. Valtionosuus on noussut vuodesta 2002 vuoteen 2005 noin 8,7 prosenttia ja oli vuonna 2005 noin 93,6 miljoonaa euroa.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen taide- ja taiteilijapolitiikasta (2003) mukaisesti on ryhdytty suunnittelemaan taiteen ja kulttuurin saavutettavuuden toimenpideohjelmia. Tulos- ja informaatio-ohjauksen sekä erilishankkeiden keinoin edistetään kulttuurivähemmistöjen, vammaisten ja muiden erityisryhmien (mm. lapset ja ikääntyneet) mahdollisuutta nauttia julkisista kulttuuripalveluista. ”Terveyttä kulttuurista” -toimintaa tukemalla mahdollistetaan hoitolaitoksissa asuvien ja pitkäaikaissairaiden taide- ja kulttuurikokemukset.

Valtion taidemuseon hinnoittelukäytäntöjä on muutettu vuoden 2004 alusta siten, että ilmaiskävijäryhmien (alle 18-vuotiaat, terapiaryhmät, tietyt opiskelijaryhmät) saattajilla ja avustajilla sekä kaikkien vammaisten henkilökohtaisilla avustajilla on ilmainen sisäänpääsy Valtion taidemuseon museoissa. Samanaikaisesti Suomen Kansallismuseossa ja muissa Museo- viraston alaisissa museoissa on ilmaiskävijöiksi alettu lukea vammaisten henkilökohtaiset saattajat ja hoitolaitosten tuomat terapiaryhmät.

5.2.6 Puolustusministeriö

Puolustusministeriön erityispiirteenä on suuri kosketuspinta väestöön puolustusvoimien kautta. Puolustusvoimat on suuri työnantaja (noin 16 500 henkilöä) ja lisäksi suuri joukko suomalaisia osallistuu Puolustusvoimien toimintaan. Varusmiehiä koulutetaan vuosittain noin 27 000 (joista vajaat 500 on naisia) ja reserviläisiä noin 30 000. Sotilaskoulutuksen keskeiset

toimet terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta liittyvät liikuntaan, psyykkiseen jaksamiseen, terveyskasvatukseen ja ravintoon.

Monimuotoisuushankkeella voimavaroja puolustusvoimien henkilöstölle

Puolustusvoimat on työympäristönä ja organisaatioltaan ollut jatkuvassa, voimakkaassa muutostilassa 1990-luvun alkupuolelta lähtien, mikä on asettanut henkilöstön hyvinvoinnin ja jaksaminen koetukselle epävarman työtilanteen vuoksi. Valtioneuvoston kaksi tuoreinta turvallisuus- ja puolustuspoliittista selontekoa (vuosina 2001 ja 2004) ovat lakkauttaneet tai tulevat lakkauttamaan useita puolustusvoimien joukko-osastoja. Kymmenen viime vuoden aikana 50–70 prosenttia puolustusvoimien palkatusta henkilöstöstä on ollut rakennemuutoksen tai rakennemuutoksen uhan kohteena.

Puolustusvoimien monimuotoisuushankkeella edistetään henkilöstön ja asevelvollisten hyvinvointia, iäkkäiden työntekijöiden työssä jaksamista sekä organisaation tehokkuutta. Keskeisenä tarkoituksena on edistää sukupuolten, henkilöstöryhmien, eri-ikäisten ja ulkomaalaistaustaisten tasa-arvoa ja syrjimättömyyttä asevelvollisten ja palkatun henkilöstön keskuudessa. Käytännössä se tarkoittaa johtamisen, työn organisoinnin, työyhteisön toimivuuden ja yhteistyön kehittämistä. Vuoden 2006 aikana koulutetaan pilottitulosyksiköt ja sen jälkeen kaikki joukko-osastot ja muut laitokset. Koulutuksen jälkeen nämä laativat omat tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelmansa, joissa asetetaan toimintatavoitteita kunkin omista lähtökohdista ja tarpeista käsin.

Asevelvollisuusikäisten miesten syrjäytymisen ehkäisy

Vuosi-ikäluokasta noin 20 prosenttia eli koko maassa noin 6 600 nuorta miestä ei suorita varusmiespalvelusta. Heistä lähes puolet vapautetaan mielenterveyssyistä. He muodostavat todennäköisesti ryhmän, joka on vaarassa syrjäytyä yhteiskunnassa muutenkin. Haasteeseen vastaamaan on puolustusvoimissa käynnistetty asevelvollisuusikäisten miesten syrjäytymisen ehkäisyhanke (2005–2007) osana valtakunnallista VARPU-hanketta. Tarkoituksena on kehittää psykososiaalisen tuen järjestelmä hyödyntämällä varusmiesten kutsuntavaihetta, varusmiespalveluksen odotusaikaa ja palveluksen alkuvaihetta. Haaste koskee ensisijaisesti yhteiskunnan palveluja ja arkielämää, joten toimintamuodot on kehitettävä arjessa, siviilielämässä Puolustusvoimien ja yhteiskunnan palvelujen yhteistyönä.

Asevelvollisten terveystarkastusjärjestelmän kehittäminen

Varusmiespalvelun aloittaneista noin 10 prosenttia keskeyttää palvelun terveydellisistä syistä. Keskeyttämisten vähentämiseksi on käynnistetty asevelvollisten terveystarkastusjärjestelmän kehittäminen. Hankkeen tavoitteena on löytää nuorten hoitamattomat sairaudet jo ennen palvelukseen astumista ja hoitaa ne asianmukaisesti sekä puuttua palveluskykyä (työ- ja toimintakykyä) rajoittaviin seikkoihin kuten henkisiin tekijöihin, päihteiden käyttöön, ylipainoon ja kroonisiin sairauksiin. Tavoitteena on myös yhä tarkempi palveluluokan määrittäminen ja muun muassa nopeuttaa palveluksesta vapautettavien käsittelyä. Terveystarkastuksiin osallistuu puolustusvoimien henkilökuntaa ja tarkastuksissa käytetään uusia seulontalomakkeita, joiden perusteella riskiryhmät otetaan tarkempaan tarkasteluun jo kutsunnoissa sekä palvelukseen astuttaessa ensimmäisinä päivinä.

Puolustusvoimien päihdeohjelma

Puolustusvoimien päihdeohjelma (2005) koskee sekä puolustusvoimien henkilöstöä että varusmiehiä. Ohjelman tarkoituksena on antaa perusteet Puolustusvoimien henkilöstön ja asevelvollisten sekä kansainvälisissä tehtävissä palvelevien reserviläisten päihdehaittojen käsittelystä ja hoitoonohjausjärjestelmän toteuttamisesta. Ohjelman avulla ohjataan sekä ehkäisevän toiminnan toteuttamista että menettelytapojen yhtenäistämistä päihdehaittoja käsiteltäessä. Ohjelman myötä varuskunnissa on muun muassa otettu käyttöön puheeksiottomalli ja tehty mini-interventiota.

Ravinto-, liikunta- ja terveysaiheet varusmiesten koulutuksessa ja arjessa

Puolustusvoimilla on periaatteessa hyvät mahdollisuudet edistää varusmiesten terveyttä, sillä varusmiehet viettävät suurimman osan koulutuksesta kasarmilla. Myös koulutukseen sisältyy terveysaiheita, vaikka varsinaiset terveyskasvatuksen tunnit ovat vähäisiä. Terveyskasvatukseen on käytettävissä sekä peruskoulutuskaudella että aliupseerikurssilla kaksi tuntia. Muu terveyskasvatus on integroitu lääkintähuollon, liikuntakoulutuksen, taloushuollon ja kirkollisen työn antamaan opetukseen.

Liikuntakoulutusta on runsaasti, vähintään 175 tuntia. Viime vuosina on kiinnitetty erityisesti huomiota palvelukseen astuvien nuorten miesten huoon kuntoon ja siihen liittyviin ongelmiin. Tiedotusta varusmiespalveluk-

sen fyysisestä haasteellisuudesta ja oman terveyden ja fyysisen suorituskyvyn kehittämisestä on tehostettu. Koulutusta on muutettu nousujohtoiseksi ja monipuolistettu kiinnittämällä huomiota liikuntataitojen oppimiseen ja pysyvän liikuntakipinän herättämiseen. Varusmiespalveluksen aikana mahdollisesti parantuneen fyysisen kunnon ja liikunnallisen elämäntavan siirtäminen siviiliin on haaste. Siihen on yritetty vastata järjestämällä liikunnallisia maanpuolustustapahtumia ja kertausharjoituksia.

Ravinto- ja ruokatottumukset ovat merkittävässä roolissa varusmiesten arjessa, sillä he viettävät suurimman osan palveluksestaan kasarmilla. Selvitysten mukaan varusmiehet saavat nykyisten ravintosuositusten mukaisen ravinnon puolustusvoimien muonituksesta, mutta hankkivat ylimääräisiä kaloreja vapaa-ajalla. Syksyllä 2005 Kansanterveyslaitoksen kanssa käynnistetyn Varusmiesten terveys ja terveystäytyminen -hankkeen tavoitteena on ehkäistä varusmiesten lisääntyvää ylipainoisuutta.

5.2.7 Sisäasiainministeriö

Ministeriön toimialaan kuuluvat monet ihmisten arkiasiat, joista terveyden ja hyvinvoinnin kannalta merkittäviä ovat mm. yleinen järjestys ja turvallisuus, kunnallishallinto ja pelastustoimi. Kunnallishallinnon osalta sisäasiainministeriö vastaa kunnan toiminnan edellytyksistä yleisellä tasolla, kuntalaista, kunnan hallinnon järjestämisestä ja demokratian toimimisesta. Sisäasiainministeriön keskeisiä toimia toteutetaan sisäisen turvallisuuden ohjelmassa, jota ministeriö koordinoi (ks. luku 5.1). Sisäasiainministeriön toimet väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ovat ennen kaikkea edellytyksiä luovia.

Paloturvallisuus

Suomessa 7–15-vuotiaiden lasten aiheuttamien tulipalojen määrä on noin 400–500 vuodessa. Lasten sytyttämät tulipalot ovat usein lieviä. Vuosittain niistä aiheutuu kuitenkin myös palokuolemia ja vakavia loukkaantumisia. Esimerkiksi tulitikkuleikit aiheuttivat vuonna 2004 sekä Tampereella että Helsingissä ihmishenkiä vaatineita onnettomuuksia. Yhtenä toimenpiteenä lasten ja nuorten aiheuttamien tulopalojen vähentämiseksi tehtiin vuonna 2005 aloite tupakointivälineiden, mukaan lukien tulitikkujen, myynnin rajoittamisesta alaikäisille.

Palontutkinnan kehittämiseen on kiinnitetty erityistä huomiota vuodesta 2003 lähtien. Vuonna 2005 toteutetun palontutkinnan kokeiluhankkeen tulosten perusteella palokuolemien uhrin ovat yleensä toimintakyvyltään rajoittuneita. Tulosten perusteella riskiryhmiä voidaan tunnistaa ja ennalta ehkäisevää työtä edelleen tehostaa.

Toimintakyvyiltään rajoittuneiden henkilöiden (ikäihmiset, vammaiset jne.) asumisturvallisuuden kehittämiseksi käynnistettiin vuonna 2005 Suomen Pelastusalan Keskusjärjestön johdolla yhteistyöhanke. Hankkeessa kootaan tietoa näiden henkilöiden onnettomuuksista ja määrän kehityksestä sekä pyritään löytämään paikallistason toimintamalleja, joilla kielteiseen kehitykseen voidaan puuttua. Lisäksi kartoitetaan kotona asumisen ja palveluasumisen turvallisuustasoa jatkotoimenpiteiden määrittelemiseksi.

Yleinen järjestys ja turvallisuus

Koulun yhteisön rakentamista ja turvallisuutta on edistetty kahdella kuntahankkeella. Koulurauha-ohjelma on Mannerheimin Lastensuojeluliiton, opetushallituksen ja sisäasiainministeriön poliisiosaston vuosittain yhdessä toteuttama ohjelma. Koulujen käyttöön laaditaan materiaalia ja kannustetaan kouluja käsittelemään koulurauha-teemoja koko lukuvuoden aikana. Vanhemmille tarkoitettu Turvallinen koulupäivä – yhteinen asia -opas valmistui vuonna 2005. Siinä kuvataan kiusaamisen, väkivallan ja häirinnän ehkäisyyn liittyvää ohjeistusta koululaeissa ja opetussuunnitelman perusteissa.

Lähipoliisitoimintaa on vuodesta 1996 toteutettu nykyisessä muodossaan lähes kaikissa kihlakuntien poliisilaitoksissa ja toiminta keskittyy yleiseen järjestykseen ja turvallisuuteen, kuten nuorten päihteiden käytön vähentämiseen, varhaiseen puuttumiseen, perheväkivallan ehkäisyyn ja koulujen laillisuusvalistukseen.

Poliisin perheväkivallan vähentämisohjelmaa on toteutettu vuodesta 2002, jolloin tietyt teemat otettiin poliisin peruskoulutukseen ja kihlakuntien poliisilaitoksille annettiin velvoite toteuttaa työpaikkakoulutusta. Poliisilaitokset ovat nimenneet koulutuksen yhdyshenkilöt ja koulutusta on järjestetty lähes kaikissa poliisilaitoksissa. Perheväkivaltatapausten yhteydessä on aktivoitu lastensuojeluilmoitusten tekemistä muiden kuin poliisin toimesta. Tavoitteena on lastensuojelutapausten saattaminen yhä tehokkaammin palveluja järjestävien tietoon.

Palvelualojen työntekijöiden palvelutilanteissa kohtaaman fyysisen väkivallan ehkäisemiseksi on valmisteilla palvelutyöpisteiden turvallisuussuunnittelu- ja turvasuojausopas.

Hätäkeskusjärjestelmää on kehitetty siten, että se palvelee eri viranomaisia. Poliisin ja pelastustoimen lisäksi sosiaali- ja terveystoimen kii-reellisten hätäpuhelujen keskittäminen valtion ylläpitämiin hätäkeskuksiin on toteutettu vuonna 2005.

Kuntademokratian kehittäminen

Kunnallisen demokratian kehittämishanke (2004–2006) kuuluu päämi-nisteri Matti Vanhasen hallituksen kansalaisvaikuttamisen politiikkaoh-jelmaan. Sen tarkoituksena on selvittää edustuksellisen demokratian ja kuntien vastuulla olevien tehtävien hoidon markkinaehtoistumisen ja ulkoistamisen yhteensovitusmahdollisuuksia. Myös seutukuntapohjaisen sekä maakunnallisen ja muun alueellisen verkottumisen ja yhteistoiminnan suhdetta kunnalliseen itsehallintoon tarkastellaan. Tavoitteena on kehittää kansanvaltaista ohjausta sekä vahvistaa edustuksellista poliittista ohjausta. Hankkeen toimintamuotoina ovat lainsäädännön ja hyvien käytäntöjen kehittäminen. Toimeenpanoa varten on valittu viisi kumppania, joiden avulla kehittämistä konkretisoidaan.

Ulkomaalaislainsäädännön kehittäminen

Uudistetun ulkomaalaislain säännöksissä korostetaan muun muassa lapsen edun huomioon ottamista heitä koskevassa päätöksenteossa. Lainsäädännön jatkokehittäminen alkoi heti lain voimaantulon jälkeen. Useita lainsäädännön kehittämishankkeita on vireillä. Ulkomaalaislain-säädännön kehittämisellä pyritään parantamaan muun muassa Suomessa yksin olevien alaikäisten turvapaikanhakijoiden ja heidän huoltajiensa, maahanmuuttajien ja heidän perheidensä sekä ihmiskaupan uhrien ase-maa. Tavoitteena on tehostaa omaisten jäljittämistä ja maahanmuuttajien kotoutumista, vähentää syrjäytymistä sekä ottaa lapsen etu yhä paremmin huomioon heitä koskevassa päätöksenteossa. Eduskunnan käsiteltävinä ovat jo hallituksen esitykset, jotka koskevat ulkomaalaisten opiskelijoiden asemaa ja perheen yhdistämistä.

5.2.8 Työministeriö

Työministeriön hallinnonalan toimet väestön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi koskevat kaikkia työikäisiä sekä erityisesti työmarkkinoilta syrjäytymisvaarassa olevia työttömiä kuten pitkäaikaistyöt-

tömiä, ikääntyneitä, vajaakuntoisia ja maahanmuuttajia. Työssä olevien jaksamista ja hyvinvointia edistetään useilla tutkimus- ja kehittämisohjelmilla. Syrjäytymisvaarassa olevia henkilöitä kannustetaan ja ohjataan työllistymiseen tai koulutuksen aloittamiseen.

Vaikka työministeriön hallinnonalan ensisijaisena tavoitteena on työmarkkinoiden toimivuuden ja työtä hakevien työmahdollisuuksien edistäminen, sen toiminnoilla on huomattavia sosiaalisia ja terveysvaikutuksia riippumatta työttömien työllistymisestä. Esimerkiksi kuntouttavasta työtoiminnasta annetun lain mukaisen aktivointisuunnitelman laatimiseen osallistuneiden työttömien työnhakijoiden odotukset tulevaisuudestaan ovat selkeämmät ja usko työllistymiseen on suurempi kuin muilla työttömillä. Odotukset kuitenkin heikentyvät, mikäli aktivointisuunnitelma ei johda työllistymiseen avoimille työmarkkinoille. Samansuuntaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa. Esimerkiksi Yhdysvaltoihin verrattuna aktivointitoimien positiiviset vaikutukset kestävät Suomessa kauemmin, todennäköisesti toimivan sosiaaliturvan ansiosta. Osallistumalla ja osallisuuden tunteella on itsessään suuri vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin.

Vajaakuntoiset työnhakijat

Vamman tai sairauden takia vajaakuntoisten työnhakijoiden asemaan on kertomuskaudella kiinnitetty huomiota ns. vajaakuntoisten työllisyystutkimuksessa (2002) ja laissa julkisista työvoimapalveluista, jossa otettiin huomioon vajaakuntoisten ammattikuntoutuksen kehittäminen. Vajaakuntoisen työnhakijan palkkaukseen voidaan työnantajalle myöntää työllistämistukea enintään 24 kuukautta kerrallaan.

Työttömien vajaakuntoisten osuus kaikista työnhakijoista oli vuonna 2004 lähes 12 prosenttia. Osuus on laskenut noin prosenttiyksikön vuosina 2000–2005. Yli 45-vuotiaita vajaakuntoisia oli 60 prosenttia kaikista vajaakuntoisista työnhakijoista. Tuki- ja liikuntaelinten vammat tai sairaudet, hengityselinten taudit, mielenterveyden häiriöt sekä ihotaudit olivat yleisimmät työn tai ammatinvaihdon tarvetta ja vajaakuntoisuutta aiheuttavat tekijät. Nuorilla muita yleisempiä olivat mielenterveyden häiriöt, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, hengityselinten taudit, hermoston ja aistien taudit sekä ihotaudit. Ikääntyvien (yli 45-vuotiaiden) vajaakuntoisten työnhakijoiden tyypillisinä syinä ovat tuki- ja liikuntaelinten vammat ja sairaudet sekä mielenterveyden häiriöt. Heille on myös tyypillistä useamman pitkäaikaissairauden samanaikainen esiintyminen. Asiakkaidensa työ- ja koulu-

tusedellytysten selvittämiseksi työhallinto järjesti vuonna 2004 kaikkiaan 6 591 terveydentilan/työkunnon tutkimusta, 1 033 kuntoutustutkimusta ja 8 756 työkokeilua työpaikalla.

Työttömien vajaakuntoisten työnhakijoiden määrä vuonna 2004 oli keskimäärin 38 000 henkilöä. Työvoimapoliittisissa aktiivitoimissa oli keskimäärin noin 10 000 vajaakuntoista työnhakijaa kuukaudessa. Vajaakuntoisten työnhakijoiden aktivointivointiaste eli aktiivisiin työvoimapoliittisiin toimenpiteisiin osallistuneiden osuus oli keskimäärin noin 21 prosenttia. Uusia vajaakuntoisia työnhakijoita oli vuoden 2004 aikana yli 14 000, joista pääosa tuli työelämästä.

Sosiaaliset yritykset vajaakuntoisten ja pitkäaikaistyöttömien työllistäjänä

Laki sosiaalisista yrityksistä pyrkii edistämään vajaakuntoisten ja pitkäaikaistyöttömien työllistymistä (voimaan vuoden 2004 alusta). Sosiaalisen yrityksen koko työntekijämäärästä on vähintään 30 prosenttia oltava vajaakuntoisia tai vajaakuntoisia ja pitkäaikaistyöttömiä. Työllistämistukena sosiaaliselle yritykselle maksettava tuki on samansuuruinen kuin muillekin työnantajille (430–770 euroa/kk), mutta sitä maksetaan normaalin kuuden kuukauden sijasta pitemmältä ajalta. Tukea maksetaan yhtäjaksoisesti kolme vuotta, joissakin tapauksissa harkinnan mukaan kauemminkin ilman työttömänä oloehtoa, edellyttäen, että se on vajaakuntoisen alentuneen työkyvyn ja työllistymismahdollisuuksien kannalta tarkoituksenmukaista. Yhdistelmätukea sosiaaliselle yritykselle voidaan maksaa harkinnan mukaan vajaakuntoisen työllistämisestä täysimääräisenä (930 euroa/kk) myös toiselta vuodelta. Eduskunta liitti lakiin lausuman, joka edellyttää hallitusta huolehtimaan sosiaalisia yrityksiä koskevan lainsäädännön toimeenpanon tehokkaasta tiedottamisesta, opastuksesta ja koulutuksesta. Hallituksen on annettava lain seurannan ja arvioinnin tuloksista selvitys eduskunnan työelämä- ja tasa-arvoasiain valiokunnalle vuoden 2006 alkupuolella.

Hallituksen työllisyysohjelmassa on vuoden 2005 aikana valmisteltu työmarkkinatuki- ja työllistämistukiudistusta. Uudistuksen tavoitteena on, että palkkatuetulla työllä ehkäistään nykyistä useammin vajaakuntoisten työttömyyden pitkittymistä. Palkkatukea vajaakuntoisen työnhakijan työllistämiseksi voidaan myöntää työnantajalle kerrallaan enintään kahdeksi vuodeksi. Palkkatukea vajaakuntoisen työnhakijan työllistämiseksi voidaan myöntää myös pitkäksi ajaksi, jopa pysyvästi, kuitenkin aina enintään

kahdeksi vuodeksi kerrallaan. Työllistämistukijärjestelmän uudistusta koskeva hallituksen esitys (HE 164/2005) on annettu eduskunnalle lokakuussa 2005.

Nuorten yhteiskuntatakuu

Nuorten yhteiskuntatakuu sisältyy hallituksen työllisyyden politiikkaohjelmaan. Tavoitteena on, että vuoden 2005 alusta lukien kaikille työttömille 17–24-vuotiaille nuorille laaditaan yksilöity työnhakusuunnitelma, jossa sovitaan yhteiskuntatakuuseen sisältyvien palvelujen järjestämisestä ennen kolmen kuukauden työttömyyttä. Työnhakusuunnitelman laatimisen yhteydessä puututaan myös nuorten päihteiden käyttöön, jos se estää koulutukseen tai työhön hakeutumista. Alle 25-vuotiaiden nuorten työttömien määrä on laskenut vuonna 2005 lähes 13 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna.

Työvoimapalvelujen rakenneuudistus vaikeasti työllistyvien työttömien aktivoimiseksi

Vuosina 2004–2006 toteutettavan julkisen työvoimapalvelun palvelurakenteen uudistuksen voi odottaa parantavan varsinkin vaikeasti työllistyvien työttömien työ- ja toimintakykyä sekä hyvinvointia. Uudistuksessa työväli-tys ja vaikeasti työllistyvien palvelut eriytetään kokoamalla vaikeimmin työllistyvien palvelut ja resurssit työvoiman palvelukeskuksiin, joiden tärkeimpiä toimijoita ovat työvoimatoimisto, kunnat, erityisesti kuntien sosiaali- ja terveystoimi ja Kansaneläkelaitos. Hallituksen työllisyysohjelman tavoitteena on perustaa 40 työvoiman palvelukeskusta, joiden moniammattisten palvelujen piirissä on vuonna 2005 arviolta 20 000 vaikeasti työllistyvää työnhakijaa. Vuoden 2005 lopussa oli toiminnassa yhteensä 35 työvoiman palvelukeskusta ja työvoiman yhteispalvelupistettä.

Työntekijöiden hyvinvointia edistetään paikallisilla kehittämishankkeilla

Työelämän kehittämisohjelman (Tykes) avulla pyritään lisäämään tuottavuutta ja parantamaan henkilöstön hyvinvointia. Vuonna 2004 rahoitusta myönnettiin 202 kehittämishankkeelle, yhteensä 12,7 miljoonaa euroa. Hankkeiden keskeisiä kohteita oli työprosessien, työyhteisön toimivuuden, työorganisaatioiden yhteistyön, johtamisen ja esimiestyön sekä työkyvyn ja työssä jaksamisen parantaminen.

5.2.9 Ulkoasiainministeriö

Ulkoasiainministeriö huolehtii Suomessa asuvien kansalaisten hyvinvoinnista turvallisuus- ja puolustuspolitiikan, ulkomaankauppapolitiikan ja lähialueyhteistyön toimin. Ulkoasiainministeriön konsuliasioden yksikkö ja Suomen ulkomaanedustustot avustavat hädänalaiseen asemaan ulkomailla joutuneita suomalaisia, antavat apua ja neuvoja sekä toimivat välittäjänä muissa edustuston toimivaltaan kuuluvissa tapauksissa. Se korostui vuoden 2004 Tapaninpäivänä, jolloin Thaimaan Phuketin alueen lomakohteisiin iski hyökyaalto kohtalokkain seurauksin. Turvallisuus- ja puolustuspolitiikan keinoin torjutaan mm. terrorismia ja joukkotuhoukseiden leviämistä. Ulkomaankauppapolitiikan kansainvälisillä sopimuksilla estetään esimerkiksi haitalliseksi todettujen tuotteiden pääsy maahan. Lähialueyhteistyössä on painopisteenä ollut mm. tartuntatautien torjunta.

Kriisivalmiuden kehittäminen

Vuoden 2003 SARS-epidemiauhka, vuoden 2004 hyökyaaltokatastrofi Thaimaassa ja vuoden 2005 lintuinfluenssan epidemiauhka ovat osoittaneet valmius- ja evakuointisuunnittelun tehostamisen tarpeellisuuden. Toimien tavoitteena on matkustustiedotteiden ajantasaisuuden varmistaminen ja nopea reagointi tapahtumiin, jotka vaikuttavat kansalaisen matkustuspäätökseen. Tällä hetkellä luonnononnettomuuksien varoitusjärjestelmää kehitetään liikenne- ja viestintäministeriön kanssa. Pandemiaan (maailmanlaajuinen epidemia) varaudutaan sosiaali- ja terveysministeriön johdolla kokoontuvassa kansallisessa pandemiatyöryhmässä.

Viime vuosien onnettomuuksien vuoksi kriisipäivystysvalmius ja tilannekuvatiedon kokoaminen ovat olleet keskeisiä kehittämiskohteita sekä ministeriössä että edustustoissa. Tavoitteena on, että ministeriöllä on kriisitilanteissa parempi valmius vastata kansalaisten tarpeisiin ja palveluodotuksiin ja herättää luottamusta siihen, että kansalainen saa asiansa käsittelyyn.

Kansainvälisten lapsikaappaustapausten ehkäisy

Lapsikaappaustapausten lukumäärässä ei ole tapahtunut olennaisia muutoksia vuosina 2002–2005. Tällä hetkellä vireillä on 14 tapusta. Useimmat tapaukset suuntautuvat Venäjälle tai Pohjois-Afrikan maihin. On myös joitakin tapauksia, joissa ei ole pystytty selvittämään lapsen

olinpaikkaa. Lapsikaappaustapaukset ovat erittäin vaikeita ja työllistävät sekä ministeriötä että edustustoja.

Viime vuosina on kiinnitetty yhä enemmän huomiota lapsikaappausten ehkäisyyn ja panostettu viranomaisten yhteistyöhön. Ulkoasiainministeriössä kokoontuu säännöllisesti ad hoc -lapsikaappaustyöryhmä, joka koostuu lapsikaappaustapauksissa avainasemassa olevista viranomaisista.

Terveysten huomioiminen ulkomaankauppapolitiikan sopimuksissa

Kansainvälisessä vaihdossa olevien tuotteiden turvallisuudesta ulkomaankaupassa huolehditaan Maailman kauppajärjestö WTO:n terveys- ja kasvinsuojelutoimenpiteitä (Sanitary and Phytosanitary Measures, SPS) ja teknisiä kaupanesteitä (Technical Barriers to Trade, TBT) koskevilla sopimuksilla. Niiden avulla on mahdollista asettaa mm. teknisiä määräyksiä, joita vaaditaan kaupan kohteena olevilta tuotteilta. SPS- ja TBT-sopimusten nojalla on oikeus asettaa ihmisten, eläinten ja ympäristön terveyden turvaamiseksi tarvittavat tekniset määräykset kansallisesti määriteltäville tasoille. Sopimusten mukaisesti määräysten tulee olla syrjimättömiä eri maiden toimijoihin nähden, eivätkä ne saa rajoittaa kauppaa suhteettomasti.

Ulkoasiainministeriö on tukenut kehitysyhteistyövaroin kapasiteetin rakentamista myös SPS- ja TBT-sopimusten kattamilla aloilla. Lisäksi kauppapoliittinen osasto on ryhtynyt aktiivisiin toimiin tuonnin, erityisesti kehitysmatuonnin helpottamiseksi Suomeen ja EU:hun. Teknisillä määräyksillä ja terveys- ja kasvinsuojelutoimenpiteillä on suuri merkitys erityisesti kehitysmaiden markkinoillepääsyn toteutumiselle. Tuonnin helpottamisella ei kuitenkaan tavoitella kuluttajien turvallisuuteen ja terveyteen liittyvän sääntelyn alentamista kehitysmaiden kaupankäyntiedellytysten parantamiseksi.

Maailman kauppajärjestön WTO:n jäsenet tekivät syksyllä 2003 päätöksen, jolla mahdollistettiin pakkolisenssillä valmistettujen lääkevalmisteiden vienti kehitysmaiin, mikäli ne eivät itse pysty riittävästi lääkkeitä valmistamaan. Päätöksessä edellytettiin vastaavaa muutosta TRIPS-sopimukseen (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights). WTO-jäsenet voivat kuitenkin toimia kyseisen toistaiseksi voimassaolevan poikkeusluvan pohjalta. Pysyvä ratkaisu eli päätös TRIPS-sopimuksen muuttamisesta saatiin aikaan joulukuussa 2005. Muutos tulee osaksi TRIPS-sopimusta sitten, kun 2/3 jäsenistä on sen ratifioinut.

5.2.10 Valtiovarainministeriö

Terveysten ja sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmasta valtiovarainministeriön keskeiset toimet liittyvät veropolitiikkaan ja hallinnonalaansa kuuluvaan tullivalvontaan. Veropolitiikalla säädellään alkoholijuomien ja tupakkatuotteiden verotusta. Tullivalvonnan avulla pyritään estämään huumaus- ja dopingaineiden ja laittomien alkoholi- ja tupakkatuotteiden pääsyä katukauppaan sekä määräysten vastaisten elintarvikkeiden ja tuotteiden pääsyä markkinoille. Valvonnan tehostamiseksi tullihallitus toteutti mm. huumausainestrategiaa 2002–2005 ja tiivistä yhteistyötä poliisin ja rajavartiolaitoksen kanssa. Strategian toimeenpanon arviointi ei ollut käytettävissä kertomusta valmisteltaessa. Alkoholi- ja tupakkatuotteiden matkustajatuomisia koskevien määrien rajoitusten poistuminen ja EU:n laajentuminen asettivat valtiovarainministeriön haasteelliseen tilanteeseen, jossa oli päätettävä veromuutoksista, toisaalta jotta minimoitaisiin ennakoitua kulutuksesta koituvat terveys- ja sosiaaliset haitat (kuten laitton kauppa), ja toisaalta jotta turvattaisiin valtion verotulot.

Alkoholiveroa laskettiin – kulutus kasvoi

Alkoholipolitiikan keskeinen keino alkoholista aiheutuvien haittojen ehkäisemiseksi on ollut alkoholin saatavuuden rajoittaminen ja korkea hinta. Se vaikeutui huomattavasti, kun alkoholi- ja tupakkatuotteiden matkustajatuomisia koskevat määrälliset rajoitukset EU-maista poistuivat vuoden 2004 alussa, ja Viro, jossa alkoholijuomien hinnat ovat huomattavasti Suomea alhaisemmat, liittyi Euroopan Unioniin. Laittoman alkoholinmyynnin ja valtion verotulojen menettämisen estämiseksi alennettiin väkevien alkoholijuomien veroa 44 prosenttia, viinien 10 prosenttia ja oluen 32 prosenttia. Veron alennuspäätöstä edelsivät eri tahojen laaja kuuleminen ja vaikutusten ennakoarviointi.

Valtiovarainministeriössä eri viranomaistahoista koostunut seurantaryhmä on pyrkinyt arvioimaan alkoholiveropäätöksen vaikutuksia. Ensimmäinen vaikutusten seurantaraportti julkaistiin keväällä 2005. Sen mukaan alkoholin saatavuudessa tapahtuneiden muutosten seurauksena vuonna 2004 alkoholin kulutus kasvoi 9,4 litrasta 10,3 litraan sataprosenttisena alkoholina asukasta kohti eli 9,6 prosenttia edellisvuodesta. Alkoholijuomaveron lasku lisäsi verotettua eli tilastoitua kulutusta 6,5 prosenttia edellisvuodesta. Tilastoimattoman kulutuksen kasvu oli sitäkin voimakkaampaa, 23,5 prosenttia. Vuonna 2004 kulutusta eniten

kasvattanut yksittäinen tekijä oli edellisvuodesta lähes kaksinkertaiseksi kasvanut matkustajatuonti. Ennakkotietojen mukaan alkoholin kulutus vuonna 2005 oli 10,6 litraa sataprosenttisena alkoholina asukasta kohden. Tilastoitu alkoholin kulutus kasvoi 1,2 prosenttia ja tilastoimaton 7 prosenttia. Alkoholin kulutus näyttää tasaantuneen ja asettuneen vuoden 2004 veromuutosta korkeammalle tasolle.

Alkoholihaittojen kasvusta on saatu viitteitä poliisitilastoista. Kevääseen 2005 mennessä saatujen tietojen perusteella alkoholiin liittyvä harmaa talous ei ole kasvanut. Yleisessä järjestyksessä ja harmaassa taloudessa havaitut alkoholiveron muutokset ovat vaikuttaneet niin kuin hallituksen esityksessä ennustettiin. Kasvaneen kulutuksen haitat näyttävät ensivaiheessa kasaantuneen suurkanalijoille. Sosiaali- ja terveystieteelliset vaikutuksista ei ollut vielä tilastoitua tietoa.

Tupakkaveroa ei laskettu – kulutus ei muuttunut

Tupakkatuotteiden veroa ei nostettu matkustajatuonnin määrän rajoitusten poistamisesta huolimatta. Uuteen tilanteeseen reagoitiin rajoittamalla tupakkatuotteiden yksityistuentia uusista jäsenvaltioista siirtymäajaksi, jonka uudet jäsenvaltiot ovat saaneet saavuttaakseen Unionissa määrätyn vähimmäisverotason. Pisimmillään poikkeukset ovat voimassa vuoden 2009 loppuun Liettuassa, Latviassa ja Virossa. Vuoden 2008 loppuun saakka poikkeusten ylläpitäminen on mahdollista Slovakiassa, Unkarissa ja Puolassa. Tšekin tasavallan ja Slovenian poikkeukset ovat voimassa vuoden 2007 loppuun. Vuoden 2006 lopussa päättyy Tšekin tasavallan sama poikkeus muiden tupakkatuotteiden kuin savukkeiden osalta. Tupakkatuotteiden tuontirajoitusten poistamisen ei oletettu lisäävän merkittävästi tupakointia tai tupakkatuotteiden tuontia muista EU-maista.

Alkoholiveron alentamisen ja matkustajatuontimääräysten muuttamisen vaikutuksia tarkastelevan selvityksen mukaan (2005) tupakkatuotteiden verotettu kulutus oli vuonna 2004 vuoden 2003 tasolla ja savukkeiden tilastoimaton kulutus väheni matkustajatuonnin ja salakuljetuksen määrän laskiessa vuodesta 2003.

Alkoholin salakuljetus vähentynyt

Alkoholin perinteinen salakuljetus näyttää vähentyneen viime vuosina. Alkoholipitoisen aineen salakuljetusrikoksia tuli vuonna 2005 ilmi 622, mikä on yli neljä kertaa vähemmän kuin vuonna 2002 (2 871 salakuljetusrikosta). Tullin takavarikoiman alkoholin määrä kasvoi vuodesta 2002 (66 412

litraa) vuoteen 2004 (85 886 litraa), mutta väheni huomattavasti vuonna 2005 (7 756 litraa). Laskua selittää EU-maiden matkustajatuontimäärien poistaminen ja suurten takavarikkoerien puuttuminen. Esimerkiksi vuonna 2004 kaksi tapausta selitti 75 prosenttia koko takavarikkomäärästä.

Takavarikoitujen savukkeiden määrä noussut

Rikosasioissa Tullin haltuun otettujen savukkeiden määrä laski vuodesta 2002 (21,8 miljoonaa savuketta) vuoteen 2004 (13,6 miljoonaa). Vuonna 2005 haltuun otettujen savukkeiden määrä (28,3 miljoonaa) sen sijaan kaksinkertaistui vuoteen 2004 verrattuna. Määrästä noin 75 prosenttia koostui vuonna 2005 yli sadan tuhannen kappaleen savuke-eristä, joten ammattimainen savukkeiden laiton maahantuonti on lisääntynyt.

EU:n komissio ja kymmenen EU-maata, myös Suomi, allekirjoittivat vuonna 2004 Philip Morris Internationalin kanssa monivuotisen sopimuksen, joka sisältää järjestelmän savukkeiden salakuljetuksen ja väärennösten torjumiseksi ja lopettaa osapuolten väliset oikeudenkäynnit alalla.

Huumaus- ja dopingaineiden rajavalvonta

Huumausainerikosten määrät ovat pysyneet viime vuosina lähestulkoon entisellään. Vuonna 2005 Tullin tietoon tuli 856 huumausainerikosta. Huumetakavarikkojen määrät ovat sen sijaan kasvaneet 55 prosenttia vuodesta 2002 (1 368 kg) vuoteen 2005 (3 016 kg). Takavarikoiduista huumeista suurin osa on katia, jonka osuus vuosittain on ollut noin 80–95 prosenttia. Eteläisessä tullipiirissä tehdään yli 90 prosenttia koko maan takavarikoista.

Dopingaineiden salakuljetustapaukset ovat lisääntyneet 29 prosenttia. Vuonna 2002 todettiin 67 salakuljetusta ja 95 tapausta vuonna 2005. Takavarikoitujen tablettien ja ampullien määrä on vaihdellut vuosittain paljon. Se on vähentynyt 82 prosenttia vuodesta 2002 (616 249 ampullia ja tablettia) vuoteen 2005 (108 290 ampullia ja tablettia). Suurin osa dopingin takavarikoista tehdään postiliikenteessä, vuonna 2004 sen osuus oli 60 prosenttia.

Määreysten vastaisten elintarvikkeiden ja tuotteiden rajavalvonta

Tulli vastaa maahantuotavien elintarvikkeiden ja kulutustavaroiden valvonnasta. Maahantuotavien elintarvikkeiden valvonnassa eriä tutkitaan

vuosittain noin 3 500. Määräysten vastaisia on ollut noin 9–11 prosenttia. Vähiten määräysten vastaisia eriä vuonna 2004 oli kalastustuotteissa (0 %), hedelmävalmisteissa (2 %), sekä kaakaovalmisteissa, kahvissa ja teessä (3 %). Poikkeuksellisen paljon ongelmia löydettiin mausteista ja maustamisvalmisteista (13 %) sekä muista elintarvikkeista (27 %). Jälkimmäisessä ryhmässä ongelmallisia tuotteita olivat nuudelivalmisteet sekä erilaiset ravintolisät.

Tieto hylätyistä, terveydelle vaarallisista tai ihmisravinnoksi sopimattomista elintarvikke-eristä leviää hyvin EU:n sisällä, koska jäsenvaltioiden viranomaisten on ilmoitettava hylkäämistään tavaraeristä EU:n komissiolle ja muille jäsenmaille. Ilmoitukset tehdään elintarvikkeiden ja rehujen nopean hälytysjärjestelmän kautta (Rapid Alert System for Food and Feed).

Maahantuotavista kulutustavaroista tutkitaan vuosittain noin 2 700–2 900. Määräysten vastaisia eriä tutkituista on ollut 13–16 prosenttia. Vuonna 2004 hylätyistä kulutustavaroista runsaat 40 prosenttia oli lasten leluja. Tutkitusta 682 leluerästä yli viidennes oli määräysten vastaisia. Suhteellisesti eniten puutteita oli metalli- ja muovileluissa, joista puuttuivat turvallisen käytön kannalta tarpeelliset varoitusmerkinnät.

5.2.11 Ympäristöministeriö

Ministeriön hallinnonalalla on useita toiminta-aloja, joilla on joko suora tai välillinen vaikutus väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Ympäristöministeriö toimii aktiivisesti kysymyksissä, jotka koskevat ilman laatua, veden ja maaperän puhtautta, elinympäristöä, rakentamista, melua, kemikaaleja ja jätteitä, jotka kaikki ovat ihmisten terveyden kannalta tärkeitä. Keskeisiä vaikuttamiskeinoja ovat lait ja velvoittavat määräykset (kuten. laki ympäristövaikutusten arviointimenettelystä, maankäyttö- ja rakennuslaki, ympäristönsuojelulaki, jätelaki, rakentamismääräyskokoelma). Niiden toteutumista valvovat ympäristöministeriön alaiset alueelliset ympäristökeskukset ja kuntien ympäristönsuojelu- ja rakennusvalvontaviranomaiset. Lisäksi eri ympäristöpolitiikan lohkojen strategioilla, suunnitelmilla ja ohjelmilla on huomattavaa ohjausvaikutusta.

Terveysvaikutukset SOVA:n kohteena

Laki ja asetus viranomaisten suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arvioinnista (SOVA) tulivat voimaan kesällä 2005. Lain tavoitteena on edistää ympäristövaikutusten arviointia ja huomioon ottamista suunnitelmien ja ohjelmien laatimisen ja toteuttamisen vaiheissa.

nitelmien ja ohjelmien valmistelussa ja hyväksymisessä, parantaa yleisön tiedonsaantia ja osallistumismahdollisuuksia sekä edistää kestävästä kehitystä. Uuden lainsäädännön mukaan myös yksittäisiä hankkeita edeltävien laajempien suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutukset on arvioitava aiempaa järjestelmällisemmin. SOVA-lain mukaista ympäristöarviointia edellyttävät muun muassa kaavat, vesienhoitosuunnitelmat, alueelliset jätesuunnitelmat ja maakuntaohjelmat.

Ympäristövaikutuksella tarkoitetaan suunnitelman ja ohjelman välitöntä tai välillistä vaikutusta esimerkiksi ihmisten terveyteen, elinoloihin ja viihtyvyyteen, luontoon, yhdyskuntiin ja rakennettuun ympäristöön. Ympäristövaikutus-käsite sisältää siten myös terveys- ja hyvinvointivaikutukset. SOVA-lainsäädäntö edellyttää, että suunnitelman tai ohjelman valmistelun yhteydessä selvitetään ja arvioidaan todennäköisesti merkitävät ympäristövaikutukset sekä niiden vähentämis- ja ehkäisemismahdollisuudet. Vaikutusten arviointien käytännön toteutuksen tueksi on laadittu internetpohjainen tukiaineisto (www.ymparisto.fi/sova).

Meluntorjunta

Työryhmän ehdotus meluntorjunnan valtakunnallisiksi linjauksiksi ja toimintaohjelmaksi valmistui keväällä 2004. Sen pohjalta on valmisteltu ehdotusta valtioneuvoston päätökseksi meluntorjunnasta. Päämääränä on terveellinen, viihtyisä ja vähämeluinen elinympäristö. Tärkeimmät kansalliset toimet liittyvät alueidenkäyttöön ja liikenteeseen, asuntojen rakentamiseen, peruskorjaukseen ja kunnossapitoon sekä ajoneuvojen ja laitteiden suunnitteluun ja hankintaan. Alueiden käytön osalta esitetään, että uusia toimintoja suunniteltaessa huolehditaan siitä, etteivät ne lisää melulle altistumista ja meluhaittoja. Alueelliset ympäristökeskukset kiinnittävät kuntien ohjauksessa huomiota meluntorjuntaan (kaavoitus ja ympäristönsuojelu).

Meluntorjunnalle vuosien mittaan laaditut tavoitteet ja ohjelmat eivät ole toteutuneet, vaan ympäristömelu on edelleenkin merkittävä ympäristöongelma ja sen on arvioitu jatkuvasti pahentuvan. Toimintaohjelma korostaa tulevaisuuden toimintatapana melun syntymisen torjumista päästölähteissä melun leviämisen estämisen ohella.

Kemikaalit ja terveys

Kansalaiset altistuvat sisä- ja ulkoilman, ravinnon ja juomaveden, kosmetiikan ja kulutustuotteiden kautta suurelle joukolle kemikaaleja työssä,

kotona ja harrastuksissa. Lisäksi kemikaaleille voidaan altistua suoraan työpaikoilla. Suurimmasta osasta näitä aineita ei ole tarpeeksi tietoa ympäristö- ja terveysvaikutusten arvioimiseksi, mutta tilanne on lähitulevaisuudessa parantumassa. Valmisteilla oleva kansallinen ohjelma tarkastelee vaarallisten kemikaalien vaikutusta ihmisten terveyteen ja osoittaa alueet, joilla erityisesti tarvitaan toimia terveyden ja ympäristön suojelun parantamiseksi. EY:n uudella kemikaaliasetuksella luodaan kemikaalien rekisteröintiä, arviointia ja lupamenettelyä varten REACH-järjestelmä, jonka tehokas toimeenpano on kemikaaliohjelman suositusten mukaan tärkeää. Kansalaisten kemikaalialtistumisesta ei ole systemaattisesti kerätyvää tietoa, minkä vuoksi kemikaalien altistumisseurannan järjestäminen ja ympäristöseurantojen kehittäminen on toinen kemikaaliohjelman toimenpidekokonaisuus. Tuotteita koskevaa lainsäädäntöä kehitetään siten, että tuotteiden ja valmisteiden sisältämistä kemikaaleista ja mahdollisista haitoista on riittävästi tietoa (kuten kosmeettisten tuotteiden ärsytys- ja herkistävyysoireet). Neljäs kokonaisuus on työ- ja ympäristönsuojelun valvonnan tehostaminen kemikaalien aiheuttamien terveysongelmien havaitsemiseksi. Se on tarkoitus toteuttaa kehittämällä yritysten ja muiden toiminnanharjoittajien riskiarviointia ja riskinhallintaa sekä parantamalla työntekijöiden kemikaalien altistumisseurantaa.

Ilmansuojelu

Syksyllä 2002 valtioneuvoston hyväksymän Ilmansuojeluohjelman 2010 toimenpiteet täyttävät päästökattodirektiivin (2001/81/EY) vaatimukset, jonka tavoitteena on vähentää ympäristöön kohdistuvaa kuormitusta ja kansalaisten altistumista ilman epäpuhtauksille. Päästökattoja on toistaiseksi vain kaasumaisille päästöille, joiden vähentäminen kuitenkin välillisesti parantaa ilmanlaatua terveysvaikutusten kannalta tärkeiden pienhiukkasten osalta. Direktiivin velvoitteiden toteuttamiseksi riittävät eri hallinnonaloilla jo toteutetut tai suunnitellut ilmansuojelua edistävät toimet. Mikäli ennakoitu päästökehitys toteutuu, lisätoimia ei tarvita. Ympäristöhallinnossa ohjelman toteuttamista on ohjattu kuudella asetuksella. Lisäksi päästörajotusvaatimuksia asetetaan puun pienpoltolle.

Vesiensuojelu

Pinta- ja pohjavesiensuojelussa pyritään ehkäisevin toimin vähentämään vesien kuormitusta ja samalla ihmisen terveyteen kohdistuvia riskejä.

Vesiensuojelua ohjaavat valtioneuvoston periaatepäätös ”Vesiensuojelun tavoitteet vuoteen 2005”, vuonna 2000 hyväksytty vesiensuojelun toimenpideohjelma vuoteen 2005 sekä Suomen Itämeren suojeluohjelma, joka hyväksyttiin valtioneuvoston periaatepäätöksellä vuonna 2002. Itämeren ja sisävesien toimenpideohjelma hyväksyttiin vuonna 2005. Ohjelmissa esitettävillä toimilla vaikutetaan mm. vedenhankintaan, virkistyskäyttöön ja uimiseen käytettävän veden terveellisyyteen. Ympäristöministeriö valmistelee parhaillaan ”Vesiensuojelun suuntaviivat 2015” -ohjelmaa, joka on tarkoitus saattaa valtioneuvoston hyväksyttäväksi vuonna 2006. Vesiympäristölle haitallisista ja vaarallisista aineista valmistui asetusohdotus vuonna 2005.

EU:n vesipolitiikan puitedirektiivin toteuttamiseksi hyväksyttiin vuoden 2004 lopussa laki vesienhoidon järjestämisestä. Sen mukaan laaditaan alueen toimijoiden kanssa vuoden 2009 loppuun mennessä alueittaiset vesienhoitosuunnitelmat. Laissa on otettu huomioon myös Lontoossa 1999 allekirjoitetun Yhdistyneiden kansakuntien Euroopan talouskomission (UNECE) ja Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimiston (WHO/EURO) Vesi ja terveys -pöytäkirjan toimeenpano. Vesienhoitosuunnitelmien tavoitteena on, että pinta- pohjavesimuodostumien tila ei heikkene ja että niiden tila on vähintään hyvä. Vesiä suojellaan, parannetaan ja ennallistetaan siten, että tavoitteet saavutetaan vuoteen 2015 mennessä. Ahvenanmaa muodostaa oman vesienhoitoalueensa ja huolehtii itse EU:n vesipuitedirektiivin toimeenpanosta.

Elinympäristö ja terveys

Valmisteilla oleva ja vuoden 2006 alussa lausunnoille lähetettävä elinympäristön kehittämisohjelma laajentaa ympäristön terveysvaikutusten tarkastelun koskemaan myös makroympäristöä. Ohjelman tavoitteena on parantaa elinympäristön terveellisyyttä mm. edistämällä tasapainoista väestörakennetta, toimivaa ja ekologisesti kestävästä yhdyskuntarakennet- ta, kaunista ja kestävästä rakennuskantaa ja rakennusperintöä, viihtyisää asumista, palvelujen saatavuutta, työpaikkojen tarkoituksenmukaista sijaintia, luonnon elinvoimaisuutta, virkistysalueiden riittävyttä, hyvää sosiaalista ympäristöä, turvallista ja ympäristöystävällistä liikennettä, toimivaa yhdyskuntatekniikkaa sekä ympäristöhaittojen vähentämistä. Keskeisinä keinoina tavoitteiden saavuttamisessa ovat kunnissa laadittavat elinympäristön kehittämisen strategiat ja maankäytön suunnitelmat.

Ympäristöministeriön vaikutuskeinoja ovat suunnitteluperiaatteiden kehittäminen ja muu kehittäminen, selvityksien tekeminen, oppaiden laatiminen ja tutkimustiedon lisääminen.

Asuntojen terveellisyys turvaaminen

Uudistettu laki asuntojen korjaus-, energia- ja terveyshaitta-avustuksista tuli voimaan 1.2.2006. Suurin muutos koskee avustuksia asuntonsa terveyshaittojen vuoksi suuriin taloudellisiin vaikeuksiin joutuneille perheille. Asuntojen terveyshaitat aiheutuvat sellaisissa tapauksissa lähes aina kosteus- ja homeongelmista. Avustuksia voidaan uuden lain nojalla myöntää korjauskustannusten lisäksi myös asuntojen rakennus- ja hankintakustannusten kattamiseen vaikeimmissa tilanteissa, joissa nykyinen asunto on käynyt asumis- tai korjauskelvottomaksi. Avustusten maksimimäärä nousee aiemmasta 40 prosentista 70 prosenttiin.

Korjaus-, energia- ja terveyshaitta-avustuksiin on talousarviossa vuodelle 2006 varattu 70 miljoonaa euroa, josta 17 miljoonaa euroa asuinrakennusten energiakorjausten tukemiseen. Terveyshaitta-avustuksiin on tarkoitus osoittaa noin 1–2 miljoonaa euroa vuosittain.

KUVIO 20. Ministeriöiden painottamat toimintapolitiikat/toiminnot vuosina 2002–2005 ministeriöiden itse määrittäminä

Ministeriöt	Toimintapolitiikat/ strategiat/ muut toiminnot
Kauppa- ja teollisuusministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvinvoinnin ja terveyden teknologiaohjelmat • TE-keskusten tuki sosiaali- ja terveydenhuoltoyrityksille • Kuluttajapoliittinen ohjelma kansalaisten asemaa turvaamassa • Suositus lasten elintarvikkeiden markkinointiin • Kyläkauppojen investointiavustus
Liikenne- ja viestintäministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Melun ja päästöjen torjunta • Liikenneturvallisuuden kehittäminen • Kävelyn ja pyöräilyn edistäminen • Liikennejärjestelmän kehittäminen esteettömäksi • Esteettömien ja turvallisten viestintä- ja tietoyhteiskuntapalvelujen kehittäminen
Maa- ja metsätalousministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Elintarviketurvallisuuden kehittäminen • Tarttuvien tautien ehkäisy (eläimistä ihmisiin tarttuvat taudit, esim. BSE) • Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon (2005) • Kotieläintalouden ja elintarviketeollisuuden puhtaan veden turvaaminen • Maaseudun elinvoimaisuuden edistäminen
Oikeusministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Vankeinhoidon rakenteiden uudistukset, tavoitteena erityisesti yhteiskuntaan integroitumisen edistäminen ja uusintarikollisuuden vähentäminen • Vankien terveydenhuollon kehittäminen • Väkivallan vastainen ohjelma • Maksuhäiriöpolitiikan ja velkahallinnan kehittäminen <ul style="list-style-type: none"> o sosiaalisen ja taloudellisen syrjäytymisen ehkäiseminen o ”harmaan talouden” vastustaminen • Kansalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistäminen
Opetusministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Terveystieto määrättiin perusopetuksen oppiaineeksi joulukuussa 2001 • Perusopetuksen erityisopetuksen kehittäminen integraation edistämiseksi • Perusopetuksessa on laadittava oppilashuollon suunnitelma yhteistyössä kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa (Opetussuunnitelman perusteet 2004) • Peruskoulun päättäneiden työttömien nuorten työpaja-toiminta • Nuorten päihde- ja huumetyön tukeminen • Korkeakoulujen ja ammattioppilaitosten opiskelijoiden hyvinvointiselvitykset ja niihin perustuvat hankkeet • Ikääntyneiden yliopisto • Lasten ja nuorten liikkumismahdollisuuksien ja terveysliikunnan tukeminen • Kirjastojen, taide- ja kulttuuripalvelujen esteettömyyden ja tasa-arvoisen saavutettavuuden edistäminen

Ministeriöt	Toimintapolitiikat/ strategiat/ muut toiminnot
Puolustusministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa-arvoisen ja syrjimättömän ympäristön kehittämisen varusmiehille ja henkilöstölle • Asevelvollisuusikäisten miesten syrjäytymisen ehkäisy • Asevelvollisten terveystarkastusjärjestelmän kehittäminen • Henkilöstön ja asevelvollisten päihdeohjelma • Varusmiesten ylipainon ehkäisy
Sisäasiainministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Paloturvallisuuden kehittäminen mm. lasten aiheuttamien tulipalojen ehkäisy • Toimintakyvyltään rajoittuneiden henkilöiden asumis- ja turvallisuuden kehittäminen • Koulujen yhteisöllisyyden ja turvallisuuden edistäminen • Lähiverkko poliisitoiminta erityisesti nuorten päihteiden käytön vähentämiseen • Perheväkivallan ehkäisyohjelma • Kuntademokratian kehittämishanke • Ulkomaalaislain uudistus korostaa mm. lapsen edun huomioimista • Sosiaali- ja terveystoimen kiireellisten hätäpuhelujen keskittäminen valtion ylläpitämiin hätäkeskuksiin
Työministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Vammaisten ja vajaakuntoisten työttömien ammatillisen kuntoutuksen kehittäminen • Sosiaaliset yritykset vajaakuntoisten ja pitkäaikaistyöttömien työllistäjäksi • Nuorten yhteiskuntatakuu • Työvoimapolitiikan rakennemuutos vaikeasti työllistettävien työttömien aktivoimiseksi • Työelämän tutkimus- ja kehittämisohjelmat työntekijöiden hyvinvoinnin edistäjinä ja ylläpitäjinä
Ulkoasiainministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Kriisivalmiuden kehittäminen • Kansainvälisten lapsikaappaustapausten ehkäisy • Terveystoimen huomioiminen ulkomaankauppapolitiikan sopimuksissa <ul style="list-style-type: none"> o Kaikilla WTO:n jäsenmailla oikeus asettaa ihmisten, eläinten ja ympäristön terveyden turvaamiseksi tarvittavat määräykset haluamalleen tasolle o Kehitysmaatuonnin EU:hun ja Suomeen edistäminen parantamalla kehitysmaiden mahdollisuuksia noudattaa EU:n SPS-määräyksiä o TRIPS-sopimuksen muutoksen hyväksyminen - mahdollistaa pakkolisenssillä valmistettujen lääkevalmisteiden viennin niihin kehitysmaihiin, jotka eivät itse pysty riittävästi lääkkeitä valmistamaan
Valtiovarainministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholiveron sopeuttaminen tilanteeseen, jossa matkustajatuonnin määrän rajoitukset poistuivat • Laittomien alkoholi- ja tupakkatuotteiden maahantuonnin estäminen • Huumaus- ja dopingaineiden salakuljetuksien estäminen • Maahantuotavien elintarvikkeiden ja tuotteiden turvallisuuden valvonta

Ministeriöt	Toimintapolitiikat/ strategiat/ muut toiminnot
Ympäristöministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Laki suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arvioinnista <ul style="list-style-type: none"> o ympäristövaikutukset sisältävät myös ihmisten terveyden • Ehdotus meluntorjunnan valtakunnallisiksi linjauksiksi ja toimintaohjelmaksi • Kemikaaliohjelma valmisteilla (mm. kemikaalien vaikutus ihmisten terveyteen) • Ilmansuojeluohjelman 2010 toimenpiteiden toteuttaminen ja ohjelman toteutumisen seuranta • Laki vesienhoidon järjestämisestä <ul style="list-style-type: none"> o alueellisten vesienhoitosuunnitelmien valmistelu vuorovaikutteisesti toimijoiden kanssa • Elinympäristön kehittämisohjelman valmistelu (lausunnolle 2006) • Asuntojen terveellisyys turvaaminen mm. asuntojen terveyshaittojen korjausavustusten nostamisella (ehdotus)

5.3 Esimerkkinä sydänterveys

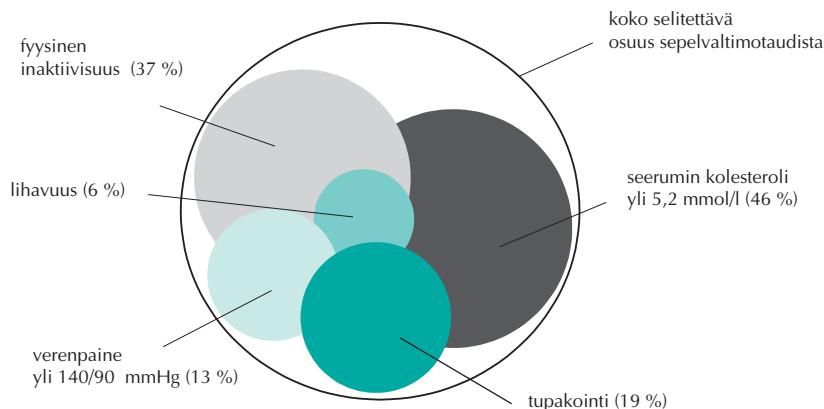
Sydän- ja verisuonisairaudet ovat pitkälti ehkäistävissä. Tiede tuntee keinot, joilla sydän- ja verisuonisairaudet voitaisiin suurelta osin poistaa työikäisestä väestöstä ja joilla niiden ilmaantumista voitaisiin merkittävästi lykätä myös vanhemmassa väestössä. Suuri haaste on kuitenkin sovittaa teoria terveyttä edistävään elinympäristöön ja terveyskäyttäytymiseen.

Määrätietoiset toimet sepelvaltimotaudin ja siitä aiheutuvan kuolleisuuden ehkäisemiseksi aloitettiin Suomessa 1970-luvun alussa. Suomalaisten sydänterveys onkin kehittynyt viime vuosikymmeninä erittäin myönteisesti ja suomalainen ehkäisevä työ on noussut esikuvaksi maailmalle. Työikäisten miesten sepelvaltimotautikuolleisuus on kolmenkymmenen viime vuoden aikana vähentynyt 80 prosenttia. Korkeimmillaan sepelvaltimotautikuolleisuus oli 1967, jolloin se oli 35–64-vuotiailla miehillä 508 ja naisilla 102 kuolemaa 100 000 asukasta kohti. Vuonna 2004 sepelvaltimotautikuolleisuus 100 000 asukasta kohti oli miehillä enää 116 ja naisilla 19.

Terveellinen ruokavalio, erityisesti tyydyttyneen rasvan ja suolan välttäminen, riittävä liikunta, tupakoimattomuus ja painonhallinta ovat keskeisiä

tekijöitä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä. Kuviosta 21 ilmenee viiden tärkeimmän vaaratekijän merkitys sepelvaltimotaudin synnyssä. Sydän- ja verisuonitaudit ovat hyvä esimerkki siitä, miten yhteiskunnan eri sektorit vaikuttavat kansanterveyteen.

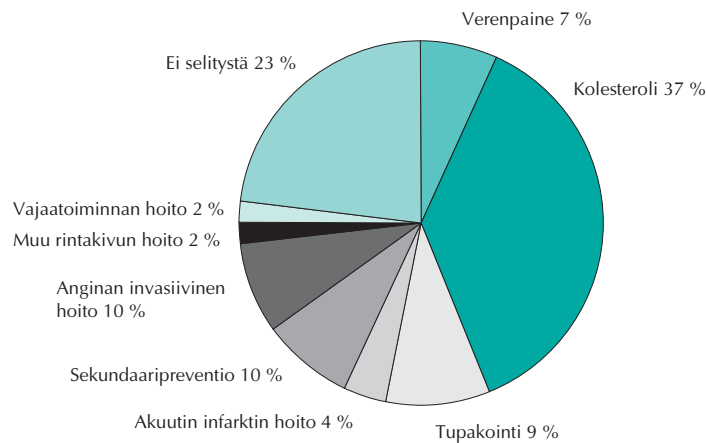
KUVIO 21. Tärkeimpien vaaratekijöiden merkitys sepelvaltimotaudin synnyssä



Lähde: McPherson ym. 2002

1980-luvun puoliväliin saakka sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden väheneminen selitti kokonaan havaitun kuolleisuuden vähenemisen. Sittenmin sepelvaltimotautikuolleisuus on vähentynyt vielä enemmän kuin vaaratekijämuutosten perusteella olisi voitu ennustaa. Vuosina 1982–1997 35–64-vuotiaiden suomalaisten sepelvaltimotautikuolleisuus väheni 63 prosenttia. Laskusta vajaa neljännos selittyi potilaiden parantuneella hoidolla. Tärkeimpien vaaratekijöiden eli tupakoinnin, verenpaineen ja veren kolesterolitasojen lasku selitti kuolleisuuden laskusta 53 prosenttia (kuvio 22). Niin suurta muutosta ei olisi myöskään voitu saada aikaan millään terveysterveystieteen järjestelmän muutoksella.

KUVIO 22. Vaaratekijämuutosten ja hoitotoimenpiteiden vaikutus sepelvaltimotautikuolleisuuden vähenemiseen Suomessa 1982–1997



Lähde: Vartiainen ym. 2004

Kansallisten ravitsemussuositusten tavoitteena on parantaa suomalaisten ruokavaliota ja edistää hyvää terveyttä. Ravitsemussuositukset ovat suomalaisen ravitsemus- ja elintarvikepolitiikan perusta. Niitä käytetään ravitsemusopetuksessa ja -kasvatuksessa, joukkoruokailun suunnittelussa ja tutkimuksessa. Valtion ravitsemusneuvottelukunta antoi 2005 uudet kansalliset ravitsemussuositukset. Keskeinen muutos edellisiin, vuonna 1998 julkaistuihin suosituksiin on se, että niihin on sisällytetty myös liikunta. Suomalaisten energiansaanti on vähentynyt, mutta lihavuus on silti lisääntynyt. Siksi on syytä painottaa liikuntaa osana energiatasapainoa ja painon hallintaa. Ravintoaineiden osalta suosituksia on tarkennettu joiltain osin, mutta pääperiaatteet ovat ennallaan. Uudet suositukset noudattavat Maailman terveysjärjestön Ravinto, liikunta ja terveys -strategiaa. Suositusten toteutumista edistetään erillisellä 2003 julkaistulla toimintaohjelmalla. Se korostaa yhteiskunnan eri sektoreiden merkitystä terveellisen ravitsemuksen edistämisessä.

Sitran vuonna 2005 aloittaman elintarvike- ja ravitsemusohjelman tavoitteena on edistää paitsi elintarviketeollisuuden kilpailukykyä ja kansainvälistymistä myös kansalaisten terveyttä. Ohjelma kannustaa elintarvike- ja ravitsemusalaa yhteistyöhön niin yksityisellä kuin julkisellakin sektorilla, ja osaamisen, tutkimustulosten, innovaatioiden ja taloudellisten panosten mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön.

Liikunnan myönteisistä terveysvaikutuksista on kiistatonta tutkimusnäyttöä. Liikuntaa lisäämällä voidaan parantaa väestön terveyttä ja toimintakykyä. Niukasti liikkuvien vaara sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin on noin kaksinkertainen kohtuullisesti liikkuviin verrattuna. Suomalaisen aikuisväestön harrastusliikunta on lisääntynyt, mutta samalla työmatka- ja muu arkiliikunta on vähentynyt. Hallitusohjelman mukaan tuetaan etenkin terveyttä edistävää ja lasten ja nuorten tervettä kasvua tukevaa liikuntaa. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa liikunta nähdään yhtenä keinona edistää väestön terveyttä.

Sosiaali- ja terveysministeriössä toimi vuonna 2001 terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunta, johon osallistui edustajia sosiaali- ja terveysministeriöstä ja opetusministeriöstä ja niiden hallinnonaloilta sekä muista ministeriöistä ja alan järjestöistä. Toimikunnan ehdotuksen pohjalta valtioneuvosto teki periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan kehittämisestä. Siinä määritellään terveyttä edistävän liikunnan organisaation, rahoituksen ja koulutuksen kehittämistarpeet. Liikunnan edistäminen tulee ottaa huomioon ihmisen elinkaaren eri vaiheissa, yhdyskuntarakenteen ja arkiympäristön tulee tukea liikuntaa ja se on osa kunnan hyvinvointipoliittikkaa. Periaatepäätös korostaa viranomaisten, organisaatioiden, kuntien ja kansalaisjärjestöjen yhteistyötä terveyttä edistävän liikunnan kehittämisessä. Periaatepäätöksen toteuttamiseksi sosiaali- ja terveysministeriössä toimii terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta.

Lasten liikunnan edistämiseksi sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2005 Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset -oppaan. Siinä kuvataan, kuinka lasten kokonaisvaltaista kasvua, kehitystä, oppimista ja hyvinvointia voidaan tukea fyysisen toiminnan eli liikunnan ja leikin avulla. Suositukset painottuvat päivähoitoon, mutta ne on tarkoitettu ohjaamaan kaikkea alle kouluikäisten lasten kasvatusta eri elämänpiireissä.

Ensimmäinen ja aikanaan ehkä maailman edistyksellisin tupakkalaki säädettiin Suomessa vuonna 1977. Lainsäädännöllä on pyritty erityisesti vaikuttamaan tupakkamainontaan, estämään tupakan myynti alaikäisille ja turvaamaan savuton elinympäristö. Kahdessa vuosikymmenessä suomalaisten julkinen elinympäristö ja työpaikat ovat muuttuneet lähes kokonaan savuttomiksi. Tärkeimpänä poikkeuksena ovat vielä ravintolat, joissa sekä henkilökunta että asiakkaat altistuvat tahtomattaan tupakansavulle. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2004 selvityshenkilön, jonka tehtävänä oli arvioida asiakkaiden ja henkilökunnan altistumista

tupakansavulle ravintoloissa, tutkia tupakkalain toteutumisen esteitä ravintoloissa sekä etsiä keinoja niiden poistamiseksi. Selvityksen pohjalta hallitus on antanut eduskunnalle esityksen tupakkalain muuttamiseksi niin, että tupakointi kielletään kokonaan ravintoloiden tarjoilutiloissa. Lisäksi tupakkalain toimeenpanoa parannetaan ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus veloitetaan laatimaan valtakunnallinen ohjelma ohjaamaan ympäristöterveydenhuollon valvontaa kunnissa.

Tupakkatuotteiden valmistus on pääosin suuryritysten kansainvälistä liiketoimintaa. Maailman taloudellinen yhdentyminen on luonut suotuisat edellytykset markkinoida tupakkaa kaikkialla. Sen takia kansainvälinen yhteistyö on välttämätöntä myös tupakoinnin ja siitä aiheutuvien terveyshaittojen vähentämisessä. Maailman terveysjärjestön yleiskokouksen toukokuussa 2003 hyväksymä tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus on merkittävä edistysaskel sydän- ja verisuonitautien ja muiden tupakoinnin aiheuttamien terveyshaittojen ehkäisyssä. Suomi toimi aktiivisesti vahvan sopimuksen aikaansaamiseksi koko neuvotteluprosessin ajan. Eduskunta hyväksyi puitesopimuksen vuonna 2004 ja Suomi ratifioi sopimuksen vuonna 2005.

Vaikka elinikäinen tupakoimattomuus on ensisijainen päämäärä, myös tupakoinnin lopettaminen tuottaa selkeitä terveyshyötyjä. Tuoreen englantilaisen tutkimuksen mukaan tupakoinnin lopettaminen 30-vuotiaana jatkaa jäljellä olevan eliniän odotetta 10 vuotta. Jos tupakoinnin lopettaa 60-vuotiaana, odotettavissa oleva elinikä pitenee vielä silloinkin kolme vuotta. Tupakoinnin lopettamiseen on panostettu järjestöjen kanssa mm. lopettamista tukevilla www-palveluilla ja järjestämällä Lopeta ja voita -kilpailu osana Maailman terveysjärjestön "Quit and win" -kampanjaa. Toiminnot on rahoitettu pääosin terveyden edistämisen määrärahoilla. Joulukuussa 2005 eduskunta hyväksyi lääkelain muutoksen, joka mahdollistaa nikotiinikorvaushoitotuotteiden myynnin apteekkien lisäksi myös päivittäistavarakaupoissa, kioskeissa ja huoltoasemilla.

Näyttöön perustuvilla Käypä hoito -suosituksilla pyritään yhtenäistämään hoitokäytäntöjä ja parantamaan hoidon laatua. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim tuottaa suositukset terveydenhuollon ammattilaisten ja organisaatioiden kanssa Raha-automaattiyhdistyksen tuella. Viime vuosina on julkaistu useita sydänterveyden kannalta keskeisiä hoitosuosituksia: kohonnut verenpaine (2001), aikuisiän lihavuus (2002), tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vierotushoito (2002), hyperlipemiat (2004) ja eteisvärinä

(2005). Sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon käytetään huomattavasti terveydenhuollon resursseja, joten hoitosuosituksilla on keskeinen merkitys lääkeshoidon käytön ohjaamisessa ja muiden hoitoresurssien järkevässä kohdentamisessa.

Järjestöillä on merkittävä rooli suomalaisessa sydänterveystyössä, ja järjestöjen ja julkisen sektorin yhteistyöllä on pitkät perinteet. Viime vuosien merkittävimpiä sydänterveyshankkeita ovat Diabetesliiton koordinoima Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010) ja Suomen Sydänliiton aloitteesta käynnistynyt Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2010. Raha-automaattiyhdistys on ohjelmien tärkeä rahoittaja. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia järjestivät lihavuuden ehkäisyä ja hoitoa koskevan konsensuskokouksen syksyllä 2005.

Kansanterveyslaitos (KTL) seuraa Suomen väestön sydänterveysten vaaratekijöiden kehitystä sekä tautikuolleisuutta ja -sairastuvuutta. Lisäksi KTL osallistuu aktiivisesti sydänterveystyöohjelmien suunnitteluun ja arviointiin. KTL on tärkeä asiantuntija erityisesti ravintoon ja tupakointiin liittyvissä kysymyksissä sekä terveyden edistämisessä. UKK-instituutti toimii liikunnan terveysvaikutusten asiantuntijana.

Viime vuosikymmenien kokemukset yhteiskunnan eri sektorien yhteistyöstä sydänterveysten edistämisessä ovat pääosin myönteisiä, mutta tulevaisuuteen liittyy monia haasteita. Tupakoinnin väheneminen ja kolesterolitasojen lasku ovat hiipuneet viiden viime vuoden aikana. Vapaakauppa ja rajojen avautuminen ovat vähentäneet hintapolitiikan mahdollisuuksia ehkäistä tupakointia. Myös tupakkamainonnan rajoittaminen on vaikeaa ylikansallisessa mediamaailmassa. Juustot, leivonnaiset ja pikaruoka ovat muodostuneet merkittäviksi tyydyttyneen rasvan lähteiksi myös suomalaisessa yhteiskunnassa, ja sen myötä väestön kolesterolitasojen lasku on pysähtynyt. Niin ikään lihavuus ja ylipaino yleistyvät nopeasti sekä lasten että aikuisten keskuudessa. Vuonna 2002 suomalaisista aikuisista 40 prosenttia oli ylipainoisia ja 20 prosenttia lihavia. Terveyden tasa-arvon kannalta huolestuttaa myös se, että koulutusryhmien erot tupakoinnissa ja lihavuudessa ovat viime vuosina kasvaneet.

Terveyden edistämisen tulee yhteiskunnassa lähteä siitä, että terveyden edellytykset otetaan huomioon kaikessa päätöksenteossa. Niinpä myös sydänterveysten edistäminen edellyttää useiden toimijoiden yhteistyötä. Viime vuosikymmenien myönteinen kehitys jatkuu vain siinä tapaukses-

sa, että tupakointi vähenee ja ravintotottumukset paranevat entisestään, väestö liikkuu riittävästi ja lihavuuden yleistymisen saadaan pysäytetyksi ja käännettyksi laskuun. Terveydenhuollolla on rajalliset mahdollisuudet toteuttaa tavoitteita. Sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä tärkeitä toimijoita terveydenhuollon ohella ovatkin opetus-, sivistys- ja liikuntatoimi, yhdyskuntasuunnittelu ja rakentaminen, liikennesuunnittelu, maatalous, elintarviketeollisuus, kauppa, joukkoruokailu- ja ravintolapalvelut, kuluttaja- ja muut kansalaisjärjestöt sekä joukkotiedotus.

Tärkeimmillä kansantaudeilla on yhteiset vaaratekijät. Jos niihin onnistutaan vaikuttamaan, se ehkäisee sydän- ja verisuonisairauksien ohella myös monia muita keskeisiä kansansairauksia. Se on kustannuksiltaan tehokas tapa kohentaa väestön terveyttä ja vähentää terveystalouden tarvetta. Koko väestön sydänterveyden edistäminen parantaa työikäisten terveyttä ja jaksamista, edistää tervettä ikääntymistä ja parantaa yhä lukuisampien ikäihmisten toimintakykyä. Onnistuessaan väestötason toimet vähentävät myös terveyden yhteiskunnallista eriarvoisuutta.

6

Pohdinta

6.1 Terveys ja sosiaalinen hyvinvointi lisääntyneet, mutta uusia haasteita nousee

Kuluneen nelivuotiskauden aikana väestön elinajanodote on jatkanut tasaista kasvuaan. Kyse ei ole raihnaisista vaan terveistä elinvuosista. Useimmat terveysindikaattorit kehittyvät myönteiseen suuntaan kaikissa ikäluokissa. Se on jo myöhentänyt työelämästä poistumista ja parantanut myös vanhusten itsenäistä suoriutumista.

Työllisyyden lievä paraneminen ja erityisesti työllisyysasteen kasvu ovat helpottaneet hiukan koko väestön sosiaalista kehitystä. Huolestuttavaa on ollut tuloerojen jatkuva kasvu, joka lisää köyhyyden ja syrjäytymisen uhkaa. Uudet eläkeratkaisut näyttävät saaneen suomalaiset jatkamaan työssä pitempään ja lykkäämään eläkkeelle siirtymistä.

Yhteiskunnan muutos on nostanut esiin uusia haasteita, jotka pohjautuvat osittain maailmanlaajuisiin ilmiöihin. Tekniikan kehitys on vähentänyt arkiliikuntaa. Samaan aikaan runsaasti energiaa sisältävän ruuan tehokas markkinointi on lisännyt sekä lasten että aikuisten ylipainoa ja lihavuutta yleisesti. Niihin kytkeytyvien sairauksien ennakoidaan lisääntyvän suuresti, ellei kehitystä saada kääntymään. Nelivuotiskaudella on käynnistetty valtakunnalliset ohjelmat, joilla edistetään niin terveysliikuntaa kuin terveellistä ravitsemustakin, mutta niiden vaikutukset eivät vielä ole näkyvissä. On todennäköistä, että tähänastiset toimet eivät riitä kääntämään kehitystä, vaan tarvitaan uusia toimia yhteiskunnan eri sektoreilla ja hallinnon kaikilla tasoilla.

Pitkään jatkunut alkoholin kulutuksen ja sen haittojen kasvu kärjistyi vuonna 2004 tehdyn veroratkaisun jälkeen. Vuonna 2004 alkoholin kokonaiskulutus kasvoi kymmenisen prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Kasvu jatkui vuonna 2005 joskaan ei yhtä rajuna. Kokonaiskulutus vuonna 2005 oli 10,6 litraa puhdasta alkoholia henkeä kohden. Alkoholista koituvat terveysmenetykset ja sosiaaliset ongelmat ovat lisääntyneet samoin kuin sairaanhoito- ja päihdepalvelujen tarve. Vuonna 2004 alkoholisairauksiin

ja myrkytyksiin kuolleiden määrä kasvoi 19 prosenttia ja alkoholisairauksien vaatimien hoitojaksojen määrä 11 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Kansallisen alkoholiohjelman vaikutuksia haittakehitykseen ei voi vielä arvioida. Kulutus ja haitat saadaan todennäköisesti vähenevän vain määrittelemällä uudelleen verotaso ja rajoittamalla alkoholin saatavuutta ja mainontaa. Näiden alkoholipolitiikan keinojen painoarvo on kasvamassa myös eräissä muissa teollistuneissa maissa.

Muita vaikeutuvia ongelmia ovat muun muassa mielenterveyden häiriöt, allergiat ja koti- ja vapaa-ajan tapaturmat sekä monet vanhenemiseen liittyvät sairaudet, kuten dementia. Niiden torjuntaa on kehitettävä. Mahdollisen influenssapandemian vaikutusten minimoimiseen on varauduttava sekä terveydenhuollossa että koko yhteiskunnassa. Kunnallinen terveydenhuolto luo sille kestävä pohjan, ja Suomen tilanne on kansainvälisesti vertaillen hyvä.

Huolestuttavaa on myös hyvinvoinnin polarisoituminen, joka ilmenee mm. lasten pahoinvoinnin lisääntymisenä. Päivähoito, koulu sekä sosiaali- ja terveydenhuolto joutuvat vastaamaan lastensuojelun kasvaviin paineisiin. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrän kasvu ja avohuollon kasvava kysyntä kertovat selvästi siitä, että kaikilla sektoreilla tulisi kehittää toimia torjumaan lasten ja perheiden pahoinvointia.

Kaikki kasvavat ongelmat ovat sellaisia, että niihin voidaan merkittävästi vaikuttaa ehkäisyllä ja laajalla hyvinvointipolitiikalla. Ehkäisevä terveydenhuolto, kuten neuvolat sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, vaatii kehittämään johtamista ja toimintatapoja, jotta koko maahan voidaan taata samantasoiset palvelut. Tehokkaimmat keinot ovat usein kuitenkin muiden sektoreiden kuin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon käsissä. Keskeinen haaste onkin, kyetäänkö lähivuosina investoimaan riittävästi hallinnonalojen väliseen ehkäisevään työhön ja saadaanko yhteiskunnan toimijat ja sektorit tukemaan sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Vaihtoehtona on palvelutarpeen ja siten myös kustannusten nopea kasvu.

Laajan hyvinvointivastuun ja tehokkaan ehkäisyn lisäksi tarvitaan myös hyvin toimiva palvelujärjestelmä. Kuluneella kaudella onkin tehty paljon työtä sekä terveydenhuoltojärjestelmän että sosiaalihuollon rakenteiden ja toimintatapojen uusimiseksi siten, että niiden pohja kestäisi myös pitkällä tähtäyksellä. Hoitoon ja sosiaalipalveluihin pääsyn takaava lainsäädäntö on onnistuneesti vähentänyt jonoja, vaikka alueellisia eroja vielä on.

Kansalliset kehittämishankkeet jatkuvat ja kytkeytyvät myös käynnissä olevaan kunta- ja palvelurakenneuudistukseen.

6.2 Ohjelmajohtamisen merkitys arvioitava

Viimeaikaiselle ohjausajattelulle on ollut ominaista, että valtioneuvosto on päättänyt lukuisista ohjelmista, joista tässä kertomuksessa esitellään kymmenen. Niihin sisältyy suuri joukko erillisiä hankkeita. Kussakin ohjelmassa on asetettu kansallisia tavoitteita sosiaali- ja terveyspolitiikalle yleensä tai jollekin osa-alueelle erityisesti. Ohjelmajohtaminen on luonut uuden työotteen, jossa selvitetään uudistustarpeet, asetetaan tavoitteet ja toteutetaan halutut muutokset kentän toimijoiden, erityisesti kuntien kanssa.

Tavoitteita ei ole pelkästään asetettu ylhäältä, vaan uudistustarpeita on kartoitettu kentän kanssa. Toteutusta varten on asetettu aluejohtoryhmiä ja sosiaali- ja terveysministeriö on jalkautunut laajoille kenttäkierroksille. Ohjelmista on myös tiedotettu laajasti ja niiden aikaansaannoksia arvioidaan. Toimeenpanoa on ollut mahdollista tehostaa myös ylimääräisellä rahoituksella, jota on saatu sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksiin että hankerahoitukseen. Esimerkiksi Kansallisella terveydenhuollon hankkeella, Sosiaalialan kehittämishankkeella ja Alkoholiohjelmalla on ollut vuosittain 55 miljoonaa euroa, jotka on käytetty kuntien kansallisia tavoitteita tukevien kehittämishankkeiden toteuttamiseen.

Ohjelmajohtamisen onnistuminen edellyttää vahvaa poliittista sitoutumista ja kansalaisten hyväksyntää. Esimerkiksi Kansallisen terveydenhuollon hankkeessa hoitoonpääsyn turvaaminen on taannut kansalaisten ja siten myös vahvan poliittisen tuen. Sosiaalialan kehittämishankkeessa sitä vastaa vanhusten oikeus päästä palvelutarpeen arviointiin. Ilman kansalaisten tukea on vaarana, että asiantuntijoiden suositukset tai ohjeet jäävät pelkäksi asiakirjatekstiksi. Kertomuskaudella niin on käynyt esimerkiksi lakisääteiselle sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmalle.

Kansalaisten ja kuntien kannalta ohjelmia saattaa olla jo liikaa. Todennäköisesti on vaikeaa hahmottaa, mitä ensisijaisesti tavoitellaan. Suuri haaste on koota eri ministeriöiden, kansalaisjärjestöjen, oppilaitosten, tutkimus- ja kehittämislaitosten, Kansaneläkelaitoksen, Raha-automaattiyhdistyksen ynnä muiden näkemyksistä sellaisia kansallisia ohjelmia, jotka

myös kansalaiset hyväksyvät tärkeiksi päämääriksi. Tämän kertomuksen valmistelu toi muun muassa vahvasti esiin sen, miten paljon ja tärkeää työtä eri hallinnonaloilla tehdään kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin hyväksi.

Ohjelmajohtamisen asema tulee arvioitavaksi kunta- ja palvelurakennetta uudistettaessa. Uudistuksen tehokas toimeenpano edellyttää, että kansalliset tavoitteet kootaan ja niiden saavuttamista ohjataan vahvasti. Sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteiden edistäminen vaatii uusia keinoja muun muassa siihen, miten huolehtia kansalaisen hyvinvointia kohentavien käytäntöjen leviämisestä tai ohjata palvelujen tuottajia korkeaan laatuun.

Ohjelmajohtamisen vahvuutena on laaja kumppanuus. Suuremmiksi kokonaisuuksiksi organisoituva kunta- ja palvelurakenne antaa sille hyvät mahdollisuudet vahvistua edelleen. Uusi aluekehityslaki tuo jo nyt neuvotteluohjausta maakuntien ja keskushallinnon välille. Ohjaus perustuu siihen, että keskushallinto ja alueet sovittavat yhteen kansalliset tavoitteet ja alueiden tarpeet ja kokoavat voimavarat.

Kaikkein tärkeimmissä kysymyksissä voidaan ohjelmajohtamista tukea myös lainsäädännöllä. Esimerkiksi tämä kertomus esittää tuloksia hoitoon pääsyn turvaamisesta lailla. Ne osoittavat, miten palvelujärjestelmää pysyttään tarvittaessa kehittämään tehokkaasti ja nopeasti normiohjauksella ja toimeenpanon perusteellisella seurannalla.

6.3 Kunta- ja palvelurakennemuutoksen tuettava hoidon tarpeen vähentämistä

Sosiaali- ja terveysmenot ovat kasvaneet maltillisesti, mutta kuntatalous on kireällä. Tosin sen ennustetaan lähivuosina tasapainottuvan. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet ovat kasvaneet hallitusohjelman ja kansallisten hankkeiden rahoituspäätösten mukaisesti. Pitkällä aikavälillä väestön ikärakenteen muutos aiheuttaa suuria kustannuspaineita. Ne kohdistuvat eri kuntiin eri tavoin erilaisen ikärakenteen vuoksi, ja moni kunta on vaarassa menettää kykynsä huolehtia palveluista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on pyritty informaatio-ohjauksella ja hankerahoituksella kehittämään palvelurakennetta. Kuitenkin samaan aikaan on kuntayhtymiä purettu ja tukipalvelujen (kuten laboratorio, radiologia) rationalisointi on edennyt hitaasti.

Tietotekniikka on ollut näyttävästi esillä kansallisissa kehittämishankkeissa. Tekniikan hyödyntäminen alan palveluissa ei silti ole vielä päässyt riittävän pitkälle. Pelkkä tekniikka ei kuitenkaan ole vastaus sosiaali- ja terveydenhuollon haasteisiin, vaan sen käyttöönotto edellyttää myös prosessien kehittämistä, joka perustuu henkilöstön sitoutumiseen. Uusi tekniikka palvelee työikäistä ja nuorta, koulutettua sukupolvea. Samanaikaisesti on turvattava palvelut huono-osaisille, syrjäytyneille ja niille, jotka sairauden tai vamman vuoksi kykenevät huonosti hyödyntämään tietotekniikkaa.

Kunta- ja palvelurakennehanke jatkaa kansallisten terveydenhuollon ja sosiaalialan hankkeiden tavoitteiden suuntaan. Nyt palvelujen turvaamiseksi pyritään löytämään uusia rakenneratkaisuja, joiden rahoituspohja pitää. Erityisesti etsitään keinoja taata tasa-arvoiset palvelut koko maassa ja tuottaa niitä tehokkaammin. Kasvavat terveys- kuin myös ikääntymisongelmat ovat monin osin ehkäistävissä, joten on tärkeää luoda sille hankkeessa hyvät puitteet.

Ongelmien ehkäisyllä voidaan hillitä kustannusten kasvua enemmän kuin millään hoidon rationalisoinnilla. Pysyvät rakenteet ovat olleet suomalaisen terveys- ja hyvinvointipolitiikan kulmakiviä. Niitä kehitettäessä on varmistettava, että terveyden ja hyvinvoinnin edistämisellä on paikallishallinnossa riittävä infrastruktuuri. Ehkäisevät terveyspalvelut, kuten neuvolat ja kouluterveydenhuolto, ovat palvelujärjestelmän hajautetuimpia osia, mutta samalla lähellä kansalaisia ja heidän arkiympäristöään. Siten ne tarjoavat parhaan tilaisuuden ehkäistä ongelmia ja puuttua niihin varhain.

Rakenteiden on turvattava myös sektoreiden yhteistyö ja kunnan mahdollisuus hyvinvointijohtamiseen kaikkia toimialojaan käyttäen. Terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten yhteistyö kunnan muiden sektoreiden (esimerkiksi kaavoitus, asuntopolitiikka, opetustoimi, nuorisotoimi, liikuntatoimi) kanssa on oleellinen osa kunnan hyvinvointipolitiikkaa, jolla luodaan myös kunnan yleistä elinvoimaa. Niin ikään yhteistyöllä työhallinnon, poliisin, seurakuntien ja elinkeinoelämän kanssa pyritään parantamaan hyvinvointia pysyvästi. Hyvinvoinnille olennaista on myös paikallisyhteisön kansalaisten ja ammattilaisten yhteistyö ongelmien ehkäisemiseksi. Kunnan sosiaali- ja terveyspolitiikka ei koostu vain palveluista.

Kunta- ja palvelurakennemuutostusta suunniteltaessa ja toteutettaessa on tärkeää nähdä kuntien hyvinvointivastuu laajana kokonaisuutena. Uudistuksen toimeksiannon mukaan on tarpeellista parantaa myös alueellisen palvelurakenteen toimivuutta.

6.4 Terveyden eriarvoisuuden vähentämiseen määrätietoisuutta

Väestöryhmien terveyserojen vähentäminen sisältyy Matti Vanhasen hallituksen ohjelmaan.

Väestöryhmien terveyseroista ja niiden taustoista Suomessa on runsaasti tietoa, mutta neljän viime vuoden kehityksestä tietoa on vielä niukasti. Vaaratekijöiden jakautuminen ja eriarvoisuuden taustatekijöiden kehitys viittaavat siihen, että erot eivät vähene. Sellaisten ilmiöiden muutokset ovat yleensä hyvin hitaita. Monet sairaudet painottuvat niin selvästi huonommassa sosiaalisessa asemassa oleviin väestöryhmiin, että koko väestön terveyden kehityksen voi sanoa riippuvan siitä, miten onnistumme parantamaan riskiryhmien terveyttä.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan laitosten yhteinen TEROKA-hanke on etsinyt toimintamalleja terveyserojen vähentämiseksi. Erot ovat nousseet asialistalle myös Euroopan unionissa. Ison-Britannian EU-puheenjohtajuuden pääaiheena terveysalalla olivat terveyserot. Suomi aikoo jatkaa työtä omassa puheenjohtajuuskonferenssissaan ”Terveys kaikissa politiikoissa”. Helppoja tapoja vaikuttaa eroihin ei ole löydetty sen enempää kansallisessa kuin kansainvälisessäkään työssä.

Aineellisten ja henkisten voimavarojen erot väestöryhmien kesken vaikuttavat myös terveyseroihin. Tapahtunut tuloerojen kasvu saattaa heijastua terveyseroihin. On kuitenkin selvää, että tulonsiirrot eivät yksin riitä ratkaisemaan ongelmaa, vaan tarvitaan samanaikaisesti monia toimenpiteitä. Tasa-arvoa lisäävä yhteiskuntapolitiikka ja varsinkin sosiaalipolitiikka ja koulutuspolitiikka ovat tärkeitä. Terveyttä tukevien olojen luominen on terveysvalistusta parempi keino tasoittaa eroja. Kuten väestön terveyteen yleensä, terveyseroihinkin voidaan tehokkaimmin vaikuttaa monen sektorin laajalla toiminnalla.

Suomen palvelujärjestelmää on rakennettu universaalisuuden periaatteella, ja sen pitäisi tarjota kaikille tasa-arvoiset palvelut. OECD:n tuore raportti samoin kuin eräät omat selvityksemme kuitenkin osoittavat, että palvelujen saannissa esiintyy eriarvoisuutta, vaikka palvelujärjestelmää on kehitetty paljon viime vuosina. Ongelmien poistaminen OECD:n ehdotusten pohjalla on tärkeä lähiajan haaste.

Tätä kertomusta laadittaessa tehty hallinnonalojen terveyttä edistävän toiminnan kartoitus osoittaa, että sellaista toimintaa on runsaasti. Jatkotyö

on hyvä rakentaa sen varaan. Kansanterveyden neuvottelukunta on yksi väline kehittämään ja koordinoimaan työtä. Jotta terveyserojen vähentämisen vaikealla alalla todella edettäisiin, voisi olla tarkoituksenmukaista, että neuvottelukunta ottaisi sen pian alkavan uuden kautensa prioriteetiksi, rakentaisi tavoitteellisen strategian ja sitä toteuttavan toimintaohjelman. Vakava ponnistelu terveyserojen kaventamiseksi on alkanut ja tulokset nähdään lähivuosien aikana.

Kirjallisuutta ja muita lähteitä

Luku 1.1

Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko väestökehityksestä, väestöpolitiikasta ja ikärakenteen muutokseen varautumisesta. (2004): Valtioneuvoston kanslia, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 27. Helsinki.

Tilastokeskuksen väestöennuste 2004.

Tulevaisuusselonteon raportit. 2004. www.vn.fi

Luku 1.2

Alueellinen väestökehitys ja politiikan uudistamistarpeet. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 2. (2004): Valtioneuvoston kanslia, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 30. Helsinki.

Huovari, A. & Volk, R. (2004): Ikääntyminen ja maaseudun työmarkkinat. Pellervon taloudellisen tutkimuslaitoksen raportteja N:o 190.

Nivalainen, S. & Haapanen, M. (2002): Ikääntyvä ja keskittyvä Suomi: Kaupunkien, maaseudun ja vuorovaikutusalueiden väestökehitys 1975–2030. Sisäasiainministeriö, Aluekeskus ja kaupunkipolitiikan yhteistyöryhmän julkaisu 1.

Nivalainen, S. & Volk, R. (2004): Alueellinen väestökehitys vuoteen 2030 ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa: Alueellinen väestökehitys ja politiikan uudistamistarpeet. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 2. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 30, 13–78.

Luku 1.3

Haataja, A. & Nurmi, K. (2000). Työnjako 1990-luvulla: Naiset työelämässä – ja sen ulkopuolella. Sosiaali- ja terveysministeriö, Tasa-arvovaltuutetun toimisto. Sosiaali- ja terveysministeriö, Tasa-arvon työraportteja 3. Helsinki.

Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2003. (2004). Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Lammi-Taskula, J. (2004): Äidit työmarkkinoilla – kahden kerroksen väkeä? Yhteiskuntapolitiikka 69 (2), 202–206.

Takala, P. (2005): Uuden isyysvapaan ja isän muiden perhevapaiden käyttö. Kelan tutkimusosasto, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 43, Helsinki.

Vikat, A. (2004): Syntyvyyteen vaikuttavat tekijät. Väestökehitykseen vaikuttaminen – tulisiko syntyvyyttä ja maahanmuuttoa lisätä? Tulevaisuusselonteon liiteraportti 3. Valtioneuvoston kanslia, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 31, 20–30. Helsinki.

Luku 1.5

Kauppinen, S. & Niskanen, T. (2005): Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Raportteja 288. Helsinki.

Kuntien taloustilasto. Tilastokeskus.

Särkelä, R., Vuorinen, M. & Peltosalmi, J. (2005): Sosiaali- ja terveysjärjestöjen mahdollisuudet palveluiden ja tuen tuottamisessa. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tilastot yksityisistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Stakes. [julkaisematon].

Luku 1.6

Sisäasiainministeriö. www.intermin.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö. www.stm.fi

Luku 2.1

Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) (2002): Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3. Helsinki.

Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.). (2005): Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heliövaara, M., Mäkelä, M., Sievers, K., Melkas, T., Aromaa, A., Knekt, P., Impivaara, O., Aho, K. & Isomäki, H. (1993): Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet Suomessa. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:35. Helsinki.

Nordblad, A., Suominen-Taipale, L., Rasilainen, J. & Karhunen, T. (2004): Suun terveydenhuoltoa terveyskeskuksissa 1970-luvulta vuoteen 2000. Stakes, Raportteja 278. Helsinki.

Reunanen, A. (2004): Suomalaisten diabetes: Harvinaisuudesta kansansairaudeksi. Diabetes ja lääkäri 6, 6–11.

Riihimäki, H., Heliövaara, M. & tuki- ja liikuntaelinsairauksien työryhmä (2002): Tuki- ja liikuntaelintensairaudet. Julkaisussa: Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.): Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3. Helsinki, 47–50.

Suominen-Taipale, L., Nordblad, A., Vehkalahti, M. & Aromaa, A. (toim.) (2004): Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16. Helsinki.

Vehkalahti, M., Paunio, I., Nyyssönen, V. & Aromaa, A. (toim.) (1991): Suomalaisten aikuisten suunterveys ja siihen vaikuttavat tekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:34. Helsinki ja Turku.

Luku 2.2.1

Asiakastieto Oy, luottorekisteri.

Tilastokeskus, tulonjakoaineisto.

Velkahallintaohjelma, Osa II. (2004). Oikeusministeriö, Lausuntoja ja selvityksiä 2004:17.

Luku 2.2.2

Eurostat Structural Indicators.

Työllisyyskatsaus, kesäkuu 2005. Työministeriö (2005)

Työvoimatutkimus, kesäkuu 2005. Tilastokeskus (2005)

Luku 2.2.3

Asunnottomien asumispalvelujen kehittäminen pääkaupunkiseudulla (2005): Pääkaupunkiseudun asunnottomuuden vähentämishojelman 2002–2005 toteutuminen ja tavoitteet (Helsinki, Espoo, Vantaa). Helsingin kaupungin talous- ja suunnittelukeskuksen julkaisuja 2. Helsinki.

Asunnottomuuden vähentämishojelma 2001–2003. (2001): Ympäristöministeriö, Asunto- ja rakennusosasto. Ympäristöministeriön moniste. Helsinki.

Asunnottomuuden vähentämishojelman seurantaryhmä. [Julkaisematon kokousmateriaali].

Laki avustuksista erityisryhmien asunto-olojen parantamiseksi 1281/2004.

Pääkaupunkiseudun asunnottomuuden vähentämisen toimenpideohjelman seurantakokouksen pöytäkirja 22.2.2005.

Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003. Valtioneuvoston kanslia.

Toimenpideohjelma asunnottomuuden vähentämiseksi pääkaupunkiseudulla 2002–2005. Ympäristöministeriö 12.2.2002.

Tiitinen, V. & Pelvas, P. (2005): Asunnottomat 2004. Valtion asuntorahasto, Selvityksiä 8.

Ympäristöministeriö, asunnottomuuden vähentäminen. www.ymparisto.fi

Luku 2.2.4

Alkoholiohjelma 2004–2007. Yhteistyön lähtökohdat. (2004): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:7. Helsinki.

Hakkarainen, P. & Metso, L. (2005): Märkä pilvi ja vuosi 2004. Yhteiskuntapolitiikka 70 (3), 252–265.

Hakkarainen, P. (1992): Suomalainen huumeekysymys. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja 42. Helsinki.

Hakkarainen, P. (2002): Nuorten päihdekulttuurin vaihtelut 1960-luvulta vuosituhannen vaihteeseen. Teoksessa: Silvennoinen, H (toim.): Nuorisopolitiikka Suomessa 1960-luvulta 2000-luvulle. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, nuorisosiain neuvottelukunta ja opetusministeriö.

Mustonen, H., Mäkelä, P., Huhtanen, P., Metso, L. & Raitasalo, K-M. (2005): Alkoholia ostetaan ja tuodaan enemmän kuin koskaan. Mihin se katoaa? Yhteiskuntapolitiikka 70 (3), 239–251.

Peltoniemi, T. (2005): Suomalaisten lasinen lapsuus 1994 ja 2004. Tiimi 2. www.a-klinikka.fi/tiimi/205/lasinenlapsuus04.html

Päihdetilastollinen vuosikirja 2004. Alkoholit ja huumeet. (2004). SVT, Sosiaaliturva 2004:2. Stakes. Helsinki.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2005. Alkoholit ja huumeet. (2005). SVT, Sosiaaliturva 2005:2. Stakes. Helsinki.

Österberg, E. (2005): Alkoholien kulutuksen kasvu Suomessa 2005. Yhteiskuntapolitiikka 70 (3), 283–294.

Luku 2.2.5

Bardy, M., Salmi, M. & Heino, T. (2001): Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Stakes, Raportteja 263. Helsinki.

- Ewalds, H. (toim.) (2005): Kenelle lyönnit kuuluvat? Kuntaopas pari- ja lähi-suhdeväkivallan ehkäisytyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:7. Helsinki.
- Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.). (2005): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.
- Kauhanen, M. (2005): Työssäkäynnin ja taloudellisen syrjäytymisen dynamiikka. Työministeriö, Työpoliittinen tutkimus 276, Helsinki.
- Kuolemansyyt 2003. Tilastokeskus.
- Kyllönen, E. & Nurmi, R. (2005): Maahanmuuttajanaiset ja väkivalta. Opas sosiaali- ja terveysalan auttamistyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:15. Helsinki.
- Moisio, P. (toim.) (2005): Lapsiperheiden taloudellisen tilanteen kehitys Suomessa 1990–2002. Stakes, Raportteja 4. Helsinki. www.stakes.fi/verkkojul
- Niemi, H. (2005): Rikollisuuden pelko. Rikollisuustilanne 2004. Rikollisuus tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 215. Helsinki, 219–234.
- Perttu, S. (2004): Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:6. Helsinki.
- Poliisin tietoon tullut rikollisuus 2004. Tilastokeskus.
- Pölkki, P. : Oppilaiden syrjäytymisuhkien tunnistaminen ja ehkäisy peruskoulun haasteena. Teoksessa: Järventie, I. & Sauli, H. (toim.): Eriarvoinen lapsuus (2001). Helsinki: WSOY, 125–46.
- Rintala, T. (2003): Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Stakes, Tutkimuksia 132. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.
- Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. & Tilvis, R. (2003): Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Geriatrisen kuntoutuksen tuloksia. Vanhustyön keskusliitto, Tutkimusraportti 3. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Salmi, M., Bardy, M. & Sauli, H. : Lapsen ja lapsiperheiden asemasta nyky-Suomessa. Teoksessa: Söderholm, A. ym. (toim.): Lapsen kaltoinkohtelu. (2004). Helsinki: Duodecim.
- Salmi, M., Huttunen, J. & Yli-Pietilä, P. (1996): Lapset ja lama. Stakes, Raportteja 197. Helsinki.
- Sauli, H., Bardy, M. & Salmi, M. : Elinolojen koventuminen pikkulapsiperheissä. Teoksessa: Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2002. (2002). Helsinki, 32–61.
- Solantaus, T. : Kehitysympäristöjen merkitys lapsen kehitykselle ja mielenterveydelle. Teoksessa: Kangas, I. ym. (toim.) (2002): Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 193–210.
- Taskinen, S. (2003): Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Stakes, Oppaita 55. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Indikaattoripankki SOTKANet (Stakes) www.sotkanet.fi
- Vaarama, M. & Kaitsaari, T. : Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa: Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. (2002). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 120–48.
- Yleiskirje n:o A8/1978. (1978): Vanhustenhuolto ja sen kehittäminen. Helsinki: Sosiaalihallitus.

Organisation for Economic Co-operation and Development, www.oecd.org

Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H. & ym. (2004): Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki.

Moolchan, ET., Ernst, M. & Henningfield, JE. (2000): A review of tobacco smoking in adolescents: Treatment implications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39(6), 682–93.

Patja, K. & Haukkala, A. (2004): Tupakkakertomus 2003. Report No.: B2. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Rimpelä, A. & Rainio, S. (2002): Tupakan myyntikieltojen vaikuttavuus ja nuorten tupakanhankinta vuosina 1977–2001. Tupakkapolitiikan arviointiraportti I. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:17. Helsinki.

Toimintaohjelma kansallisten ravitsemussuositusten toteuttamiseksi: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. (2003): Helsinki: Edita Prima Oy.
www.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta

Luku 3.1.3

Suomen Lääkäriliitto (2004): TK-lääkäritilanne 2004.
www.laakariliitto.fi/tilastot/tutkimuksia/tktilanne04

Indikaattoripankki SOTKAnet (Stakes)

Tilastokeskus, kuntien taloustilasto 2004. www.sotkanet.fi

Luku 3.1.6

Council of Europe. CPT Report to the Finnish Government on the visit to Finland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 7 to 17 September 2003. CPT/Inf (2004)20. Strasbourg: Council of Europe, 2004. www.cpt.coe.int/documents/fin/2004-20-inf-eng.pdf

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Pirkkola, S. & Sohlman, B. (toim.) (2005): Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Saarijärvi: Stakes.

Sailas, ES., Feodoroff, B., Virkkunen, M. & Wahlbeck, K. (2005): Mental disorders in prison populations aged 15–21: national register study of two cohorts in Finland. *BMJ* 330, 1364–65.

Vitikainen K, Forma L, Rissanen P, Raitanen J, Kilkku N, Ahonen J. (2005): Mielenterveys- ja päihdetyön kustannukset viidessä Pirkanmaan kunnassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2005. Tampere.

Wahlbeck, K. (2004): Mielenterveyspalvelut. Teoksessa: Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Saarijärvi: Stakes.

Luku 3.1.7

Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim) 2002: Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Widström, E., Niskanen, T. & Rintanen, H. (2005): Hammashoitouudistuksen seuranta vuosina 2000–2003. Stakes, Aiheita 13.

Luku 3.1.8

Hakkarainen, P., Kekki, T., Mustalampi, S., Muuri, A., Nuorvala, Y., Partanen, A., Virtanen, A. & Virtanen, P. (2000): Huumehoidon nykyiset tarpeet ja edellytykset. Stakes, Aiheita 31. Helsinki.

Kaukonen, O. (2005): Torjunta vai poisto. Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. *Yhteiskuntapolitiikka* 70 (3), 311–22.

Lääninhallitusten keskeiset arviot peruspalvelujen tilasta 2004. (2005). Sisäasiainministeriön julkaisu 19. Sisäasiainministeriö.

Nuorvala, Y. & Metso, L. (2005): Päihdepalvelut 2004. Teoksessa: Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes.

Nuorvala, Y. & Metso, L. & Kaukonen, O. & Haavisto, K. (2004): Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987–2003. Stakes. *Yhteiskuntapolitiikka* 6.

Päihdepalvelujen laatusuosituksien 2002. (2002): Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 2002:3. Helsinki.

Ruuth, P. & Hein, R. (2005): Päihdepalvelujen käyttö kasvanut. Stakes. *Dialogi* 5/2005.

Luku 3.1.9

Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. (2005): Äitiys- ja lastenneuvolat Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki.

- Kauppinen, S., Forss, A. & Taskinen S. (2003): Kasvatus- ja perheneuvonta. Stakes, Tilastotiedote 15. Helsinki.
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. (2004): Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki.
- PERHE-hanke, www.sosiaaliportti.fi/sosiaalihanke->perhehanke
- Pirkola, S. & Sohlman, B. (toim.) (2005): Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Helsinki: Stakes.
- Solantaus, T. (1996): Kun isä tai äiti sairastaa depressiota: interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. Duodecim 112, 1647–56.
- Solantaus, T. (2005): Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset. Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? Osa I. Suomen Lääkärilehti 38, 3765–3770.
- Solantaus, T. & Ringbom, A. (2005): Mikä meidän vanhempia vaivaa? Käsikirja lapsille ja nuorille, joiden äidillä tai isällä on mielenterveyden ongelmia. Helsinki: Edita Prima.
- Solantaus, T. & Ringbom, A. (2002): Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Helsinki: Picascript.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001): Kasvattajia lapsiryhmissä usein liian vähän – erityistuen puutteita. Sosiaali- ja terveysministeriö, Tiedote 207. (23.8.2001).
- Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutieto 2005. (2005). Helsinki: Stakes.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2004. (2004): Stakes, SVT Sosiaaliturva 2004. Helsinki.
- Varpu-hanke, www.stakes.fi/hyvinvointi/verk

Luku 3.1.11

- Apuvälineiden laatusuositus. (2003). Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:7. Helsinki.
- Arnkil, R., Karjalainen, V., Aho, S., Lahti, T., Lyytinen SM. & Spangar, T. (2004): Yhteispalvelusta palvelukeskuskonseptin kehittämiseen. Yhteispalveluko-keilun arvioinnin loppuraportti. Työministeriö. Työhallinnon julkaisu 339. Helsinki.
- Kehusmaa, S. & Mäki, J. (2002): Kuntoutuksen taloudelliset vaikutukset. Tuki- ja liikuntaelinsairauden tai mielenterveyden häiriön vuoksi kuntoutettujen terveysturvaetuudet Kelan rekisterissä. Sosiaali- ja terveysturvakatsauksia 55. Kela.
- Potilaan oikeudet. (2005). Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:5. Helsinki.
- Työministeriö, Työllisyyskatsaukset 23.08.2005. www.mol.fi
- Työministeriön muistio 10.05.2005.

Luku 3.1.12

- Aromaa A. & Koskinen S. (toim.) (2002): Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki.
- IKI-INDIKAATTORISTO (Marja Vaarama, Päivi Voutilainen & Erkki Mäkinen) www.stakes.fi/palvelut/ikaantyneet/evergreen/index.asp
- Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta 1310/2003.

- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta 457/2004.
- Omaishoidon tuki. (2005): Opas kuntien päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:30. Helsinki.
- Palveluseteli. Käyttöopas kotipalveluun. (2005): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:1. Helsinki. www.stm.fi/resource.phx/publishing/documents/3036/index.htm
- Sosiaalialan kehittämishanke. Toimeenpanosuunnitelma. (2003): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:20. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. (2003): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20. Helsinki.
- Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. (2003): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki.
- Vaarama, M. (2004): Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa: Kautto M. (toim.): Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.
- Vaarama M. & Kaitsaari T. : Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa: Heikkilä M. & Kautto M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. (2002): s. 120–148. Helsinki: Stakes.
- Vaarama M., Voutilainen P. & Kauppinen S. (2004): Ikääntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa: Heikkilä M. & Roos M. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes.
- Valtioneuvoston periaatepäätös sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi. (2003): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2003:5. Helsinki.
- Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. (2002): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6. Helsinki.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. (2001): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.

Luku 3.1.13

- Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. (2003): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki.

Luku 3.3

- Eerola, A. & Sinisalo, T. : Terveyskeskusten hammaslääkäritilanne lokakuussa 2005. Hyväksytty julkaistavaksi Suomen Hammaslääkärilehdessä 3/2006.
- Halmeenmäki, T. (2005): Kunta-alan eläkepoistuma 2006–2020. Kuntien eläkevakuutuksen monisteita 1/ 2005.
- Hanhijoki, I., Kantola, S., Karikorpi, M., Katajisto, J., Kimari, M. & Savioja, H. (2004): Koulutus ja työvoiman kysyntä 2015. Valtakunnallisia ja alueellisia laskelmia. Helsinki: Opetushallitus.

Hotti, A. (2003): Yli puolet määräaikaista on sijaisia. Kuntatyönantaja 4, 11–13.

Hotti A. : Kuntasektorin työvoimatilanne 2004. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen muistio, 20.10.2004.

Koulutus ja tutkimus 2003–2008. Kehittämissuunnitelma. Opetusministeriö. Opetusministeriön julkaisuja 2004: 6. Helsinki.

Lääkäri- ja hammaslääkärityövoima lokakuussa 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2002:6. Helsinki.

Lääkäri- ja hammaslääkärityövoima lokakuussa 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:1. Helsinki.

Sosiaalitoimen hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 -toimenpideohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:13. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen ennakkoinnin yhteistyöryhmä. www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/ennakointi/etusivu2.htm. Tilastokeskus, Kunnallinen henkilökisteri.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. (2001): Sosiaali- ja terveysministeriö. Komiteamietintö 2001:7. Helsinki.

Työssäkäyntitilasto, Tilastokeskus.

Työvoiman ja koulutuksen ennakointitiedot. www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/ennakointi/tyovoimkoulu.htm.

Luku 3.4

Kiviaho, K., Winblad, I. & Reponen, J. (2004): Terveystieteiden toimintaprosesseja ja asioita tukevat atk-sovellukset Suomessa – Kartoitus ja käyttöanalyysi. Osaavien keskustien verkoston julkaisuja 8. Helsinki.

Hartikainen, K., Kuusisto-Niemi, S. & Lehtonen, E. (2002): Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäkartoitus 2001. Osaavien keskustien verkoston julkaisuja 1. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia. (1995): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1995:25. Helsinki.

Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. (2004): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:38. Helsinki.

Tietoteknologian käytön edistäminen sosiaalihuollossa – hankesuunnitelma. (2005): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2005:1. Helsinki.

Luku 3.5.3

Hiilamo, H., Karjalainen, J., Kautto, M. & Parpo, A. (2004): Tavoitteena kannustavampi toimeentulotuki. Tutkimus toimeentulotuen lakimuutoksista. Stakes, Tutkimuksia 139. Helsinki.

Moisio, P. (toim.) (2005): Lapsiperheiden taloudellisen tilanteen kehitys Suomessa 1990–2002. Stakes, Raportteja 4. Helsinki. www.stakes.fi/verkkosivut

Luku 3.6

Työsuojelustrategian seurantaraportti 2004. (2005). Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:5. Helsinki.

Työsuojeluhallinnon toimintakertomus 2004. (2005). Työsuojeluhallinto, Tampere.
Tapaturmavakuutuslaitosten liitto, ennakkotietoja. (2005).

Luku 4.1

Valtioneuvosto, www.valtioneuvosto.fi

Luku 4.2.4

Alkoholiohjelma 2004–2007. Työväline alkoholihaittojen ehkäisyyn. (2005):
Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:2.
Helsinki.

Alkoholiohjelma 2004–2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004. (2004): Sosiaali- ja
terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:7. Helsinki.

Alkoholipolitiikan kuluttajaopas. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja ter-
veysministeriön esitteitä 2004:6.

Järjestöjen päihdeohjelma vuosille 2004–2006. Terveiden edistämisen keskus
2004.

Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. (2003): Sosiaali- ja
terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2003:6. Helsinki.

Alkoholiohjelma, www.alkoholiohjelma.fi

Luku 4.2.5

Laamanen, E. & Aronen, K. (2005): Seutuyhteistyö etenee ympäristönterveiden-
huollossa. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Luku 4.3.1

Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E., Manderbacka, K., Prättälä, R.
& Sihto, M. (toim.) (2002): Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.

Keskimäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E., Sihto, M., Kangas, I. & Manderbacka,
K. (2002a): Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen. Teoksessa:
Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2002. (2002).
Jyväskylä: Gummerus, 352–71.

Keskimäki, I., Koskinen, S. & Teperi J. (2002b): Terveyspalvelujen mahdollisuudet
sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa. Teoksessa: Kangas, I., Keski-
mäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E. Manderbacka, K., Prättälä, R. & Sihto, M.
(toim.): Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 281–99.

Koskinen, S., Sihto, M., Keskimäki, I. & Lahelma, E. (2002): Terveyserojen kaven-
taminen yhteiskuntapolitiikan keinoin. Teoksessa: Kangas, I., Keskimäki, I.,
Koskinen, S., Lahelma, E., Manderbacka, K., Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.):
Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 45–64.

Koskinen, S. & Valkonen, T. (1998): Miten vähennetään sydän- ja verisuonitautien
sosiaalisia vaaratekijöitä? Teoksessa: Konsensuskokous suomalaisten sydän-
ja verisuoniterveyden edistämiseksi 25.–27.11.1997: asiantuntija-alustukset.
Suomen Sydäntautiliitto ry:n julkaisuja 1, Helsinki, 49–55.

Mackenbach, J., Bos, V., Anfersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid,
A., Hemström, Ö., Valkonen, T. & Kunst, A. (2003): Widening socioeconomic
inequalities in mortality in Western European countries. *International Journal
of Epidemiology* 32, 830–37.

Martelin T., Lahelma E. & Koskinen, S.: Väestöryhmien väliset terveyserot. Teok-
sessa: Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S., Teperi J. (toim.): Suomalaisten
terveys. (2005). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 266–76.

- Martikainen, P., Martelin, T., Nihtilä, E., Majamaa, K. & Koskinen, S. (2005): Increasing differences in mortality by marital status from 1975 to 2000: changes in sociodemographic, household and cause of death structure. *Population Studies* 59 (1), 99–115.
- Palosuo, H., Sihto, M., Keskimäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E., Manderbacka, K. & Prättälä, R. (2004): Eriarvoisuus ja terveystieteet. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12. Helsinki.
- Prättälä, R., Forssas, E., Koskinen, S. & Sihto, M. (1999): Eriarvoisuus ja terveyden edistäminen – suomalaisten terveystietäytymisinterventtioiden arviointia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 36 (3), 296–300.
- Valkonen, T. : Trends in differential mortality in European countries. Teoksessa: Vallin, J., Meslé, F. & Valkonen, T. (2001): Trends in mortality and differential mortality. Council of Europe Publishing, Population studies No. 36, Council of Europe, 185–321.
- Valkonen, T., Ahonen, H. & Martikainen, P. : Kuolleisuuserot. Teoksessa: Palosuo, H. ym. (toim.) Terveystieteet Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2003. (2006). Käsikirjoitus. Ilmestyy Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisusarjassa 2006.

Luku 4.3.2

Eläketurvakeskus, tiedotteet. www.etk.fi (Tiedotteet)

Employment in Europe 2004. European Commission.

Lehto, AM. (2004): Pelastusta työssä pysymiseen?. *Hyvinvointikatsaus* 4/2004, 39–42.

Lehto, AM & Sutela, H. (2004): Uhkia ja mahdollisuuksia. Työolotutkimusten tuloksia 1977–2003. Helsinki: Tilastokeskus.

Terveyks 2015 -kansanterveysohjelma. (2001): Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.

Työ- ja barometri. (2002): Työkykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla vuonna 2001. Helsinki: Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö.

Työ ja terveys Suomessa -haastattelututkimus. (1997, 2000 ja 2003): Taulukkoraportti. Helsinki: Työterveyslaitos. (3 raporttia.)

Työ ja terveys Suomessa 2003. (2004): Helsinki: Työterveyslaitos. www.ttl.fi , Työterveyshuolto, tiedonlähteet, kirjallisuus

Työolobarometri 2004. Työministeriö. www.mol.fi , julkaisut, muut julkaisut

Työvoima 2020. (2003): Osaamisen ja täystyöllisyyden Suomi. Työministeriö. www.mol.fi , Julkaisut, Työpoliittinen tutkimus -sarja

Työvoimatutkimukset (2000–2004). Tilastokeskus.

Luku 5.1

Arjen turvaa – sisäisen turvallisuuden ohjelma. (2004): Sisäasiainministeriön julkaisusarja, 44/2004. Sisäasiainministeriö. Helsinki.

Arviointia sisäisen turvallisuuden ohjelmassa asetettujen tavoitteiden toteutumisesta. (2005): Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Sisäasiainministeriö 24.8.2005.

Luku 5.2.1

Kuluttajapolitiittinen ohjelma vuosille 2004–2007. (2004). KTM Julkaisuja 15/2004, Markkinaosasto. Helsinki.

Kauppa- ja teollisuusministeriön toimintakertomukset 2002, 2003 ja 2004. www.ktm.fi

Laki kulutustavaroiden ja kuluttajapalvelusten turvallisuudesta 75/2004.

Lapset ja elintarvikkeiden markkinointi -suositus. (2005). www.kuluttaja-virasto.fi

Luku 5.2.2

Kohti esteetöntä liikkumista – Liikenne- ja viestintäministeriön esteettömyysstrategia. (2003): Liikenne- ja viestintäministeriön ohjelmia ja strategioita 2/2003. Helsinki.

Kohti esteetöntä viestintää – toimenpideohjelma. (2005): Liikenne- ja viestintäministeriön ohjelmia ja strategioita 1/2005. Helsinki.

Kävelyn ja pyöräilyn edistäminen Suomessa – Jaloinhanke 2001–2004. (2004): Liikenne- ja viestintäministeriön julkaisuja 29/2004. Helsinki.

Laki alkulukolla valvotun ajo-oikeuden kokeilemisesta 360/2005.

Laki rikoslain 23 luvun muuttamisesta 1198/2002.

Laki tieliikennelain muuttamisesta 423/2002.

Laki tieliikennelain muuttamisesta 954/2002.

Laki tieliikennelain muuttamisesta 113/2004.

Laki tieliikennelain muuttamisesta 1103/2004.

Laki Yleisradio Oy:stä annetun lain muuttamisesta 635/2005.

Liikenne- ja viestintäministeriön toimintakertomukset 2002 ja 2003. www.mintc.fi

Liikenneturvallisuussuunnitelma vuosille 2001–2005. (2000): Liikenne- ja viestintäministeriön ohjelmia ja strategioita 2/2000. Helsinki.

Meluntorjunnan valtakunnalliset linjaukset ja toimintaohjelma. (2004): Ympäristöministeriö, ympäristönsuojelu. Suomen ympäristö 696. Helsinki.

Luku 5.2.3

Elinvoimainen maaseutu – yhteinen vastuumme. Maaseutupoliittinen kokonaisohjelma 2005–2008. (2004): Maaseutupoliittikan yhteistyöryhmä 10/2004.

Elinvoimainen maaseutu – yhteinen vastuumme. Maaseutupoliittinen kokonaisohjelma 2005–2006. Alueiden kehittämislain (602/2002) ja VN:n alueiden kehittämisasetuksen (1224/2002) mukainen erityisohjelma. (2004): Maa- ja metsätalousministeriön julkaisuja 15/2004. Helsinki.

Laki vesihuollon tukemisesta 686/2004.

Maa- ja metsätalousministeriön toimintakertomukset 2002, 2003 ja 2004. www.mmm.fi

Suomalaiset ravitsemussuosituksat – ravinto ja liikunta tasapainoon. (2005): Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös elintarvikevalvonnan kehittämisestä. (2003): Elintarvike- ja terveysosaston julkaisuja 11/2003. Helsinki.

Luku 5.2.4

Kansalaisvaikuttamisen politiikkaohjelma (2003). Teoksessa: Hallituksen strategia-asiakirja 2003. Hallituksen poikkihallinnolliset politiikkaohjelmat ja politiikat. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 14/2003. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.

Kansallinen ohjelma väkivallan vähentämiseksi. www.om.fi

Laki yksityishenkilön velkajärjestelystä annetun lain muuttamisesta 1273/2002.

Oikeusministeriön hallinnonalan toimintakertomukset 2002, 2003 ja 2004. www.om.fi

Vankeuslaki 767/2005.

Luku 5.2.5

Kouluhyvinvointityöryhmä. (2005): Kouluhyvinvointityöryhmän muistio. Opetusministeriö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2005:27. Helsinki.

Laki perusopetuslain muuttamisesta 1136/2003.

Opetusministeriön toimintakertomukset 2002, 2003 ja 2004. www.minedu.fi

Perusopetuksen ja toisen asteen koulutuksen nivelvaihetta käsittelevä työryhmä. (2005): Opetusministeriö. Opetusministeriön työryhmämuistio 2005:33.

Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004. (2004). Opetushallitus. Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös taide- ja taiteilijapolitiikasta. (2003). Opetusministeriö. Opetusministeriön julkaisuja 2003:20. Helsinki.

Luku 5.2.6

Puolustusministeriön hallinnonalan toimintakertomukset 2002, 2003 ja 2004. www.defmin.fi

Suomen turvallisuus- ja puolustuspolitiikka 2004. Valtioneuvoston selonteko VNS 6/2004. Valtioneuvosto. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 16.2.2004. Helsinki.

Luku 5.2.7

Kansalaisvaikuttamisen politiikkaohjelman kunnallisen demokratian kehittämishanke. www.intermin.fi

Sisäasiainministeriön hallinnonalan toimintakertomukset 2002, 2003 ja 2004. www.intermin.fi

Ulkomaalaislaki 301/2004.

Luku 5.2.8

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi julkisesta työvoimapalvelusta annetun lain muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. HE 164/2005.

Laki julkisista työvoimapalveluista 1295/2002.

Laki sosiaalisista yrityksistä 1351/2003.

Työelämän kehittämisohjelma Tykes. www.tykes.fi

Työllisyyden politiikkaohjelma. (2003). Teoksessa: Hallituksen strategia-asiakirja 2003. Hallituksen poikkihallinnolliset politiikkaohjelmat ja politiikat. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 14/2003. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.

Työministeriön toimintakertomukset 2002, 2003 ja 2004. www.mol.fi

Luku 5.2.9

Ulkoasiainministeriön toimintakertomukset 2002, 2003 ja 2004. www.formin.fi

Luku 5.2.10

Alkoholiveron alentamisen ja matkustajatuontimääräysten muuttamisen vaikutuksia. (2005): Valtiovarainministeriö, vero-osasto. Tutkimukset ja selvitykset, 1/2005. Helsinki.

Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi valmisteverotuslain sekä alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain muuttamisesta. HE 80/2003 vp.

Laki alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain muuttamisesta 1298/2003.

Tullin vuosikertomukset 2002, 2003 ja 2004. www.tulli.fi

Valtiovarainministeriön hallinnonalan toimintakertomukset 2002, 2003 ja 2004. www.vm.fi

Luku 5.2.11

Ilmansuojeluohjelma 2010 – Valtioneuvoston 26.9.2002 hyväksymä ohjelma direktiivin (2001/81/EY) toimeenpanemiseksi. (2002): Ympäristöministeriö. Suomen ympäristö 588. Helsinki.

Itämeren ja sisävesien suojelun toimenpideohjelma. (2005): Ympäristöministeriö, ympäristönsuojelu. Suomen ympäristö 771. Helsinki.

Laki asuntojen korjaus-, energia- ja terveyshaitta-avustuksista 1184/2005.

Laki vesienhoidon järjestämisestä 1299/2004.

Laki viranomaisten suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arvioinnista 200/2005.

Meluntorjunnan valtakunnalliset linjaukset ja toimintaohjelma. (2004): Ympäristöministeriö, ympäristönsuojelu. Suomen ympäristö 696. Helsinki.

Suomen Itämeren suojeluohjelma – Valtioneuvoston periaatepäätös. (2002): Ympäristöministeriö, ympäristönsuojelu. Suomen ympäristö 569. Helsinki.

Valtioneuvoston asetus viranomaisten suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arvioinnista 347/2005.

Ympäristöhallinnon toimintakertomukset 2002, 2003 ja 2004. www.ymparisto.fi

Luku 5.3

Alkoholiohjelma, www.alkoholiohjelma.fi

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydensuojelulain, toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetun lain ja kemikaalilain muuttamisesta. www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2005/20050179.pdf

Hallituksen esitys Eduskunnalle tupakoinnin torjuntaa koskevan Maailman terveysjärjestön (WHO) puitesopimuksen hyväksymisestä ja laiksi sen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2004/20040106.pdf>

Komiteanmietintö: Toimintaohjelma kansallisten ravitsemussuositusten toteuttamiseksi. http://www.mmm.fi/julkaisut/mietinnot/toimintaohjelma_kansalliset_ravitsemussuositukset.pdf

- Kuluttajapoliittinen ohjelma vuosille 2004–2007, [http://ktm.elinar.fi/ktm_jur/ktmjur.nsf/All/2CF6F8A95D16F3D0C2256EA1002951CF/\\$file/jul15mos.pdf](http://ktm.elinar.fi/ktm_jur/ktmjur.nsf/All/2CF6F8A95D16F3D0C2256EA1002951CF/$file/jul15mos.pdf)
- McPerson ym. (2002): Heart Matters. Bulletin of the European Heart Network, March 2003.
- Nyt kunnat terveyttä edistämään! Socius 4/2005.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/socius/socius-42005/sivu1.htm>
- Ravintoloita koskevan tupakkalain toteutuminen Suomessa; selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:15. Helsinki.
- Suomesta terveellisen ravitsemuksen mallimaa? Socius 5/2005.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/socius/socius-52005/sivu8.htm>
- Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/orgns/neuvt/tliikuntank.htm>
- Tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2005. Nuorten terveystapatutkimus 2005: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:23. Helsinki.
- Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinoista.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/teli/esite/teliesi.pdf>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta: Ravinto ja liikunta tasapainoon. Suomalaiset ravitsemussuositukset. <http://www.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005.pdf>
- Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset. (2005): Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:17. Helsinki. www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/10/pr1129182557550/passthru.pdf
- Vartiainen, E., Laatikainen, T., Salomaa, V. & Ketonen, M. (2004): Riskitekijöiden ja hoidon vaikutus sepelvaltimotautikuolleisuuden vähenemiseen Suomessa 1892–1997. Suomen Lääkärilehti 37, 3373–3377.
- WHO:n maailmanlaajuinen strategia: Ravinto, liikunta ja terveys.
<http://www.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/who1screen.pdf>

8

Liitteet

LIITE 1. Vuosien 2002–2005 aikana neuvostossa hyväksytyt säädökset

Kansanterveysohjelma

Euroopan parlamentin ja neuvoston päätös N:o 1786/2002/EY, tehty 23 päivänä syyskuuta 2002, yhteisön kansanterveysalan toimintaohjelman (2003—2008) hyväksymisestä

KOMISSION PÄÄTÖS, tehty 15 päivänä joulukuuta 2004, kansanterveysalalla toteutettavaa yhteisön toimintaa hallinnoivan toimeenpanoviraston ”kansanterveysalan toimintaohjelman toimeenpanovirasto” perustamisesta neuvoston asetuksen (EY) N:o 58/2003 mukaisesti

Tartuntataudit

EUROOPAN PARLAMENTIN JA NEUVOSTON ASETUS (EY) N:o 851/2004, annettu 21 päivänä huhtikuuta 2004, tautien ehkäisyn ja valvonnan eurooppalaisen keskuksen perustamisesta

Veriturvallisuus

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2002/98/EY, annettu 27 päivänä tammikuuta 2003, laatu- ja turvallisuusvaatimusten asettamisesta ihmisveren ja veren komponenttien keräämistä, tutkimista, käsittelyä, säilytystä ja jakelua varten sekä direktiivin 2001/83/EY muuttamisesta

Kudokset ja solut

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2004/23/EY, annettu 31 päivänä maaliskuuta 2004, ihmiskudosten ja -solujen luovuttamista, hankintaa, testausta, käsittelyä, säilömistä, säilytystä ja jakelua koskevien laatu- ja turvallisuusvaatimusten vahvistamisesta

Tupakka

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2003/33/EY, annettu 26 päivänä toukokuuta 2003, tupakkatuotteiden mainontaa ja sponsorointia

koskevien jäsenvaltioiden lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten lähentämisestä (ETA:n kannalta merkityksellinen teksti) ja KOMISSION PÄÄTÖS 26/V/2005, valikoimasta lähdeasiakirjoja, jotka sisältävät värivalokuvia tai muita kuvia kutakin Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivin 2001/37/EY liitteessä I esitettyä erityisvaroitusta varten

Neuvoston suositus, annettu 2 päivänä joulukuuta 2002, tupakoinnin ehkäisemisestä ja aloitteista tupakoinnin torjunnan tehostamiseksi

Huumeet

Neuvoston suositus, annettu 18 päivänä kesäkuuta 2003, huumausaineiden väärinkäyttöön liittyvien terveyshaittojen ehkäisemisestä ja vähentämisestä

Syöpä

Neuvoston suositus , annettu 2 päivänä joulukuuta 2003, syöpäseulonasta

Kuvioluettelo

- Kuvio 1. Väestön määrällinen kehitys ikäryhmittäin vuosina 1950–2040
- Kuvio 2. Suomalaisten vuosittainen ruoka-aineiden kulutus vuosina 1950–2004 ravintotaseen mukaan
- Kuvio 3. Tulonjaon, tuloköyhyyden ja luottohäiriöiden kehitys vuosina 1990–2004
- Kuvio 4. Työllisyysasteen, työttömyysasteen ja pitkäaikaistyöttömyyden kehitys vuosina 1990–2004
- Kuvio 5. Alkoholin kokonaiskulutus 100 prosenttisena alkoholina asukasta kohden vuosina 1990–2006
- Kuvio 6. Kiireettömälle vastaanotolle pääsy maan terveyskeskuksissa syyskuussa 2005
- Kuvio 7. Maan terveyskeskusten valmiudet hoidon tarpeen arvioimiseen kolmen työpäivän kuluessa yhteydenotosta syyskuussa 2005
- Kuvio 8. Terveystenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenojen jakautuminen ikäryhmittäin vuonna 2002, miljoonaa euroa
- Kuvio 9. Yli kuusi kuukautta erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin jonottaneiden määrän kehitys vuosina 2002–2006
- Kuvio 10. Yli kuusi kuukautta erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin jonottaneiden määrät sairaanhoitopiireittäin lokakuussa 2002, joulukuussa 2005 ja elokuussa 2006.
- Kuvio 11. Hoitoon pääsy kiireettömään suun hoitoon terveyskeskuksissa sairaanhoitopiireittäin elokuussa 2005
- Kuvio 12. Lasten päivähoidossa, vanhusten laitoshoidossa, palvelutaloissa ja -asunnoissa sekä kotipalveluissa toimivien määrät vuosina 1993–2003
- Kuvio 13. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa toimivien lääkäreiden ja sairaanhoitajien määrät vuosina 1990–2004
- Kuvio 14. Kunnallisen hammashoidon henkilöstö vuosina 1990–2004
- Kuvio 15. Lastentarhanopettajien, sosiaalityöntekijöiden, lähihoitajien sekä kotiaavustajien ja kodinhoitajien määrät vuosina 1990–2004
- Kuvio 16. Terveyskeskushammaslääkärivaje (hammaslääkärinviroista ja -toimista) sairaanhoitopiireittäin
- Kuvio 17. Suomalaiset työikäiset terveydenhuollon ammattilaiset ulkomailla vuosina 1997–2004
- Kuvio 18. Palkansaajien työpaikkatapaturmataajuus 1980–2003 (vähintään 3 pv työkyvyttömyys)
- Kuvio 19. 30–59-vuotiaiden miesten kuolleisuus (tuhatta henkeä kohti) työntekijä- ja toimihenkilöryhmissä Pohjoismaissa, Englannissa ja Italiassa vuosina 1991–1995.

- Kuvio 20. Ministeriöiden painottamat toimintapolitiikat/toiminnat vuosina 2002–2005 ministeriöiden itse määrittäminä
- Kuvio 21. Tärkeimpien vaaratekijöiden merkitys sepelvaltimotaudin synnyssä
- Kuvio 22. Vaaratekijämuutosten ja hoitotoimenpiteiden vaikutus sepelvaltimotautikuolleisuuden vähenemiseen Suomessa 1982–1997

Taulukkoluettelo

- Taulukko 1. Julkisten ja yksityisten palveluntuottajien osuus henkilöstöstä vuosina 1990, 1995, 2000 ja 2002
- Taulukko 2. Allergisten sairauksien vallitsevuus suomalaisilla
- Taulukko 3. Aikuisten (30 vuotta täyttäneiden) suun ja hampaiden terveydentilan ja käyttäytymistä kuvaavien tietojen jakautumat koulutusasteen mukaan
- Taulukko 4. Ikääntyneiden palvelujen profiili 1988–2003
- Taulukko 5. Sosiaalimenojen kehitys vuosina 2000–2006
- Taulukko 6. Keskeisten sosiaaliturvaetuuksien saajien määrä vuosina 2000–2006 (1 000 henkilöä)
- Taulukko 7. Sosiaaliturvan kokonaisrahoitus Suomessa vuosina 2000–2006, rahoitusosuudet prosentteina
- Taulukko 8. Kuntien valtionosuusprosentti 2000–2006
- Taulukko 9. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön sekä määräaikaisten lukumäärät vuosina 2001–2004
- Taulukko 10. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksen ja ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikat vuosina 2000–2005
- Taulukko 11. Eläkepoistuma vuoteen 2020 vuoden 2003 työvoimasta eräissä kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmissä
- Taulukko 12. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoima, poistuma ja avautuvat työpaikat ammattiryhmittäin vuosina 2001–2015
- Taulukko 13. Ikääntyneiden työllisyysasteen kehitys Suomessa
- Taulukko 14. Työyhteisöjen toimivuus ja koetut oireet (työllisistä tai palkansaajista)
- Taulukko 15. Yhteenvedo sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpanon tilanteesta (ns. liikennevalot, keltainen, punainen ja vihreä kuvaavat arviota toimeenpanon etenemisestä)